

2021

اضعای امنهار دچباتک
/ششوپ یهاوگ



Promise Health Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

کانتی لوس آنجلس

پوشش سلامتی و دارویی شما در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

مقدمه کتابچه راهنمای اعضاء

این کتابچه راهنما درباره پوشش شما در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تا 31 دسامبر 2021 به شما اطلاع رسانی می کند. در این کتابچه خدمات مراقبت سلامت، بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و سوء مصرف مواد)، پوشش داروهای تجویزی، و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت توضیح داده شده اند. خدمات و پشتیبانی های بلند مدت به شما کمک می کنند تا بجای مراجعه به آسایشگاه یا بیمارستان در منزل خود بمانید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

این یک سند حقوقی مهم است. لطفا آن را در جای امنی نگه دارید.

این Cal MediConnect Plan توسط Blue Shield of California Promise Health Plan ارائه می شود. در این دفترچه راهنمای اعضاء، اشاره به "ما"، "به ما" یا "متعلق به ما" به معنی Blue Shield of California Promise Health Plan می باشد. منظور از «طرح» یا «طرح ما» عبارت از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می باشد.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

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。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռախոս)՝ 711)



(Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members):فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید (TTY: 711) 1-855-905-3825

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

(Arabic):العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (711: رقم هاتف الصم والبكم)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

(Urdu):اُردُو

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

شما می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی دریافت کنید. هفت روز هفته

از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

هم اکنون و در آینده می توانید یک درخواست دائمی برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی یا با فرمتی دیگر را ارائه دهید. برای این درخواست، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care تماس بگیرید تا آنها زبان و فرمت ترجیحی شما را برای ارتباطات آینده بایگانی کنند. برای بهروزرسانی ترجیحات خود، لطفاً با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.



بیانیه‌های سلب مسئولیت

❖ Blue Shield of California Promise Health Plan یک طرح بیمه سلامتی است که برای ارائه همزمان مزایای Medicare و Medi-Cal، با هر دو برنامه قرارداد منعقد کرده است.

❖ پوشش Blue Shield of California Promise Health Plan یک پوشش سلامت واجد شرایط به نام «حداقل پوشش ضروری» است. این پوشش نیازمندی‌های مسئولیت‌های مشترک فردی بر اساس Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) را برآورده می‌کند. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت مشترک فردی از وبسایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service) یا (به اختصار IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families بازدید کنید.



کتابچه راهنمای اعضاء - فهرست مطالب 2021

این فهرست فصل ها و شماره صفحات نقطه شروع شما است. برای کمک بیشتر در یافتن اطلاعات مورد نظرتان، به صفحه اول هر فصل مراجعه کنید. فهرستی دقیق از موضوعات را در ابتدای هر فصل خواهید یافت.

فهرست مطالب

فصل 1: شروع به عنوان یک عضو.....	6
فصل 2: شماره تلفن ها و منابع مهم.....	16
فصل 3: استفاده از پوشش طرح برای مراقبت از سلامت خود و سایر خدمات تحت پوشش.....	35
فصل 4: جدول مزایا.....	55
فصل 5: گرفتن داروهای تجویزی سرپایی از طریق این طرح.....	108
فصل 6: مبلغی که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal خود می پردازید.....	125
فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید.....	137
فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما.....	142
فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تعیین میزان پوشش، تجدیدنظر، شکایات).....	158
فصل 10: انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan.....	206
فصل 11: اعلامیه های قانونی.....	216
فصل 12: تعاریف واژه های مهم.....	221



فصل 1: شروع به عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می باشد که یک طرح سلامتی است که تمامی خدمات Medicare و Medi-Cal و عضویت شما در آن را پوشش می دهد. این فصل همچنین به شما می گوید که باید چه انتظاراتی داشته باشید و اینکه چه اطلاعات دیگری را از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A.	به Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خوش آمدید.....	7
B.	اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal.....	7
B1.	Medicare.....	7
B2.	Medi-Cal.....	7
C.	مزایای این طرح.....	8
D.	محدوده خدماتی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	8
E.	آنچه شما را برای عضویت در این طرح واجد شرایط می کند.....	9
F.	در شروع عضویت در این طرح سلامت چه انتظاراتی باید داشت.....	9
G.	تیم مراقبتی و طرح مراقبتی.....	10
G1.	تیم مراقبتی.....	10
G2.	طرح مراقبتی.....	11
H.	حق بیمه ماهانه طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	11
I.	کتابچه راهنمای اعضاء.....	11
J.	سایر اطلاعاتی که شما از ما دریافت خواهید کرد.....	11
J1.	کارت عضویت BLUE SHIELD PROMISE CAL MEDICONNECT PLAN شما.....	12
J2.	فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها.....	12
J3.	فهرست داروهای تحت پوشش.....	14
J4.	شرح مزایا.....	14
K.	روش به روز نگه داشتن سوابق عضویت خود.....	14
K1.	محرمانگی اطلاعات شخصی سلامت (PHI).....	15



A. به Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خوش آمدید

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یک Cal MediConnect Plan می باشد. Cal MediConnect Plan سازمانی متشکل از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، ارائه دهندگان خدمات بهداشت رفتاری و دیگر ارائه دهندگان خدمات می باشد. این طرح همچنین دارای هدایتگران و تیم های مراقبتی است که به شما در مدیریت همه خدمات و ارائه دهندگان خدمات تان کمک می کنند. همه این ها با همکاری با یکدیگر به شما خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه می دهند.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan برای ارائه خدمات به شما به عنوان بخشی از Cal MediConnect توسط ایالت کالیفرنیا و Centers for Medicare & Medicaid Services (مراکز برای خدمات Medicare و Medicaid یا به اختصار CMS) مورد تأیید قرار گرفته است.

Cal MediConnect برنامه توصیفی است تحت نظارت مشترک کالیفرنیا و دولت فدرال برای ارائه خدمات بهتر به افرادی که هم عضو Medicare هستند و هم عضو Medi-Cal. تحت این برنامه، ایالت و دولت فدرال در نظر دارند روش های جدیدی را برای ارتقاء نحوه ارائه خدمات Medicare و Medi-Cal به شما امتحان کنند.

B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare یک بیمه درمانی دولتی برای:

- افراد 65 سال یا بالای 65 سال،
- برخی افراد زیر 65 سال که دارای بعضی از ناتوانایی ها هستند، و
- افراد مبتلا به بیماری کلیوی حاد (نارسایی کلیه) است.

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه بیمه درمانی Medicaid کالیفرنیا است. Medi-Cal تحت نظارت دولت عمل می کند و بودجه اش از دولت و دولت فدرال تامین می شود. Medi-Cal به افراد کم درآمد و با امکانات کم کمک می کند تا بتوانند هزینه خدمات پزشکی خود را پرداخت کنند. خدمات و داروهایی را که Medicare پوشش نمی دهد تامین می کند.

هر ایالت این تصمیم ها را می گیرد:

- چه چیزی به عنوان درآمد و منابع محسوب می شود،
- چه فردی واجد شرایط می باشد،
- چه خدماتی تحت پوشش می باشند، و
- هزینه خدمات.



ایالت ها تا زمانی که قوانین فدرال را دنبال کنند می توانند تصمیم بگیرند که چگونه برنامه های خود را اجرا کنند.

Medicare و ایالت کالیفرنیا، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را تأیید کرده اند. شما می توانید با توجه به شرایط زیر از خدمات Medicare و Medi-Cal استفاده کنید:

- ما قصد ارائه این برنامه بیمه را داریم، و
 - Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما امکان ادامه ارائه این طرح را داده اند.
- حتی اگر در آینده طرح ما ارائه نشود، شما همچنان واجد شرایط دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

C. مزایای این طرح

شما تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود از جمله داروهای نسخه ای را از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت خواهید کرد. برای ملحق شدن به این طرح سلامت هزینه اضافی پرداخت نخواهید کرد.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شما کمک خواهد کرد تا مزایای Medicare و Medi-Cal با ترکیب بهتری داشته باشید و این ترکیب مزایای بهتری برای شما داشته باشند. برخی از این مزایا عبارت هستند از:

- شما می توانید با یک طرح سلامت تمام نیازهای بیمه درمانی خود را برطرف کنید.
- یک تیم مراقبتی خواهید داشت که در تشکیل آن همکاری خواهید کرد. تیم مراقبت شما ممکن است شامل خود شما، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران، یا دیگر متخصصین امور پزشکی باشد.
- شما به مدیر امور مراقبتی دسترسی خواهید داشت. وی شخصی است که با شما، با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، و تیم مراقبتی شما برای کمک در تهیه یک طرح مراقبتی همکاری خواهد کرد.
- شما خواهید توانست تا با کمک تیم مراقبتی و مدیر امور مراقبتی خود مراقبت از خود را مدیریت کنید.
- تیم مراقبت و مدیر امور مراقبت برای تهیه یک برنامه مراقبت که جوابگوی نیازمندی های پزشکی شما باشد با شما همکاری خواهند کرد. تیم مراقبتی به شما در هماهنگ کردن خدمات مورد نیازتان کمک خواهد کرد. بدین معنی که:
 - تیم مراقبت شما مطمئن خواهد شد که پزشکان شما از کلیه داروهایی که مصرف می کنید مطلع باشند تا مطمئن شوند که داروهای مناسبی مصرف می کنید و بتوانند اثرات جانبی ممکن از مصرف آن ها را کاهش دهند.
 - تیم مراقبت شما مطمئن خواهد شد که نتیجه آزمایشات شما به شیوه ای مناسب در اختیار همه پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات، گذاشته شود.

D. محدوده خدماتی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ناحیه تحت پوشش ما شامل این کانتی ها در کالیفرنیا می باشد: لس آنجلس.

فقط افرادی که در ناحیه خدماتی ما زندگی می کنند می توانند عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شوند.



در صورت خارج شدن از محدوده خدماتی ما، دیگر نمی توانید عضو این طرح باشید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره اثرات نقل مکان کردن به خارج از منطقه خدماتی به بخش I در فصل 8 مراجعه کنید. شما باید با مأمور واجد شرایط بودن کانتی محلی خود به این مشخصات تماس بگیرید:

تلفن: 1-866-613-3777 تماس با این شماره رایگان است. TTY: 711 ساعت های کاری: 7:30 صبح تا 5:30 عصر، دوشنبه تا جمعه، به غیر از تعطیلات	Los Angeles County Department of Public Social Services (DPSS) مرکز خدمات مشتریان
---	---

E. آنچه شما را برای عضویت در این طرح واجد شرایط می کند

شما با توجه به شرایط زیر واجد شرایط داشتن بیمه ما خواهید بود:

- در محدوده خدماتی ما زندگی کنید، و
- در هنگام ثبت نام 21 سال یا بیشتر داشته باشید، و
- هر دو بیمه Medicare Part A و Medicare Part B را با هم داشته باشید، و
- در حال حاضر واجد شرایط داشتن Medi-Cal باشید، و
- یک شهروند ایالات متحده بوده یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید.

ممکن است در کانتی شما مقررات دیگری هم برای واجد شرایط بودن وجود داشته باشد. برای دریافت اطلاعات بیشتر با مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

F. در شروع عضویت در این طرح سلامت چه انتظاراتی باید داشت

در شروع عضویت خود در طرح، طی 45 یا 90 روز اول پس از شروع تاریخ پوشش طرحتان مورد ارزیابی خطر سلامت (HRA) قرار خواهید گرفت.

ما ملزم به انجام یک HRA از شما هستیم. این HRA اساس تهیه برنامه بیمه درمانی فردی (ICP) شما خواهد بود. این HRA شامل سوال هایی برای شناسایی LTSS شما، و سلامت رفتاری و نیازمندی های کارکردی شما خواهد بود.

برای انجام HRA ما با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می توان از طریق ملاقات فردی، تماس تلفنی یا نامه پستی هم انجام داد.

اطلاعات بیشتری را در رابطه با این HRA برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** برای شما تازگی دارد، شما می توانید همچنان تا مدت زمان مشخصی به مراجعه به پزشک فعلی خود ادامه دهید. در صورت دارا بودن کلیه شرایط زیر شما می توانید مجوزهای مربوط به ارائه دهندگان خدمات و خدمات فعلی خود در هنگام ثبت نام را تا 12 ماه حفظ کنید:



- شما، نماینده شما، یا ارائه دهنده خدمات شما مستقیماً از ما درخواست می کنند تا شما به مراجعه به ارائه کننده فعلی خود ادامه دهید.

- اگر برای ما ثابت شود که شما با یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه یا ارائه دهنده خدمات تخصصی (با برخی موارد استثناء) رابطه جاری دارید. منظور ما از رابطه جاری به این معنی است که شما در طی 12 ماه گذشته قبل از تاریخ عضویت اولیه خود در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، حداقل یکبار برای ویزیت های غیر اورژانسی به یک ارائه کننده خدمات خارج از شبکه مراجعه کرده اید.

○ ما این رابطه فعلی را با بررسی سوابق پزشکی شما که در اختیار داریم و یا اطلاعاتی که شما به ما می دهید مشخص می کنیم.

○ ما برای جواب دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. همچنین می توانید از ما بخواهید که سریع تر تصمیم گیری کنیم و در آن صورت ما باید طی 15 روز جواب دهیم.

○ شما یا ارائه دهنده خدمات شما باید مستندات مربوط به رابطه جاری را نشان داده و در هنگام انجام درخواست شما، باید با شرایط خاصی موافقت کند.

توجه: این درخواست را نمی توان برای ارائه دهندگان خدمات لوازم پزشکی با طول عمر بالا (DME)، حمل و نقل، دیگر خدمات جانبی، یا خدماتی که تحت پوشش Cal MediConnect نیستند ارائه داد.

پس از اتمام دوره ادامه مراقبت ها، باید به پزشکان و دیگر ارائه کنندگان خدمات که عضو شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هستند و به گروه پزشکی پزشک ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما وابسته هستند، مراجعه کنید، مگر آن که ما با پزشک خارج از شبکه شما به توافق برسیم. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این طرح سلامت کار می کند. یک گروه پزشکی یا یک Independent Physician Association (انجمن پزشکی مستقل، یا به اختصار IPA) سازمانی است تاسیس یافته طبق قانون کالیفرنیا که برای ارائه یا برنامه ریزی تامین خدمات مراقبتی درمانی به اعضاء بیمه با بیمه های درمانی قرارداد دارد. یک گروه پزشکی یا IPA انجمنی از پزشکان مراقبت های اولیه و متخصصان می باشد که برای ارائه خدمات مراقبت سلامتی هماهنگ شده به شما ایجاد شده است. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت ها به بخش D از فصل 3 مراجعه کنید.

G. تیم مراقبتی و طرح مراقبتی

G1. تیم مراقبتی

آیا برای دریافت خدمات درمانی مورد نیاز خود به کمک احتیاج دارید؟ یک تیم مراقبتی می تواند به شما کمک کند. یک تیم مراقبتی می تواند متشکل باشد از پزشک شما، یک Care Navigator، یا هر شخص خدمات درمانی که شما انتخاب کنید.

Care Navigator شخصی است که برای کمک به شما در مدیریت خدمات درمانی مورد نیازتان آموزش دیده است. به هنگام ثبت نام در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یک هدایتگر مراقبتی برای شما تعیین می شود. این شخص همچنین در صورتی که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خدمات مورد نیاز شما را ارائه ندهد شما را به منابع اجتماع ارجاع می دهد.

برای درخواست تیم مراقبتی شما می توانید هفت روز هفته، از 8 صبح تا 8 شب، با شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 با ما تماس بگیرید.



G2. طرح مراقبتی

تیم مراقبتی با شما برای تهیه یک طرح مراقبتی کار خواهد کرد. یک طرح مراقبتی به شما و پزشکان شما درباره خدمات مورد نیازتان، و چگونگی دریافت آنها اطلاع می دهد. این طرح شامل نیازمندی های خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، و نیازهای LTSS می باشد. طرح مراقبتی شما فقط برای شما و نیازهای شما تهیه می شود.

طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر می باشد:

- اهداف خدمات درمانی شما.
- زمانی که باید خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنید.

تیم مراقبتی پس از ارزیابی خطر سلامت با شما ملاقات خواهد کرد. آنها با شما درباره خدماتی که نیاز دارید صحبت خواهند کرد. آنها همچنین می توانند به شما درباره خدماتی که ممکن است بخواهید درباره دریافت آنها فکر کنید اطلاع می دهند. طرح مراقبتی شما بر اساس نیازمندی های شما طراحی خواهد شد. تیم مراقبتی شما حداقل سالی یک بار برای به روز رساندن طرح مراقبتی تان با شما کار خواهند کرد.

H. حق بیمه ماهانه طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هیچگونه حق بیمه ماهانه ای ندارد.

I. کتابچه راهنمای اعضاء

این کتابچه راهنمای اعضاء بخشی از قرارداد ما با شما است. بدین معنی که ما باید همه مقررات ذکر شده در این قرارداد را رعایت کنیم. اگر فکر می کنید که کاری برخلاف این مقررات انجام داده ایم، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید و یا عملکرد ما را به چالش بکشید. برای کسب اطلاعات درباره چگونگی درخواست تجدیدنظر، به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید، یا با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

شما می توانید هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با تماس با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 درخواست کنید تا یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضاء برای شما ارسال شود. شما همچنین می توانید کتابچه راهنمای اعضاء را در وب سایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مشاهده کرده یا آن را از این وب سایت دانلود کنید.

قرارداد برای ماه هایی که بین 1 ژانویه 2021 و 31 دسامبر 2021 نزد Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ثبت نام می کنید، معتبر می باشد.

J. سایر اطلاعاتی که شما از ما دریافت خواهید کرد

باید تا این زمان کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خود، اطلاعات درباره نحوه دسترسی به فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها، و اطلاعاتی درباره روش دسترسی به یک فهرست داروهای تحت پوشش را دریافت کرده باشید.



J1. کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما

در بیمه ما، شما یک کارت برای استفاده از خدمات Medicare و Medi-Cal خود خواهید داشت، که شامل خدمات و پشتیبانی بلند مدت، خدمات بهداشت رفتاری بخصوص، و گرفتن نسخه هم می شود. باید این کارت را به هنگام دریافت خدمات یا نسخه نشان دهید. این یک نمونه از کارت است تا بدانید که کارت شما به چه شکل خواهد بود:



اگر کارت Cal MediConnect شما آسیب دیده، گم شده، یا دزدیده شود، بلافاصله با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید و ما کارت جدیدی برای شما خواهیم فرستاد. شما می توانید هفت روز هفته از 8 صبح الی 8 شب با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید.

مادامی که عضو بیمه ما هستید، برای دریافت خدمات Cal MediConnect نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare یا Medi-Cal خود را نخواهید داشت. این کارت ها را برای نیاز احتمالی به آنها در آینده، در جای امنی نگه دارید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خود نشان دهید، ارائه دهنده خدمات ممکن است به جای طرح ما برای Medicare صورتحساب صادر کند و شما هم ممکن است صورتحسابی دریافت کنید. برای اطلاع از اینکه در صورت دریافت صورتحساب از یک ارائه کننده خدمات چکار باید کرد به بخش A از فصل 7 مراجعه کنید.

لطفا به خاطر داشته باشید که برای خدمات بهداشت روانی تخصصی که ممکن است از بیمه بهداشت روانی کانتی (MHP) دریافت کنید نیاز به کارت Cal-Medi برای دسترسی به آن خدمات خواهید داشت.

J2. فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها

فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها، فهرستی از اسامی ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های موجود در شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می باشد. تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوشش، به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید. در ابتدای ثبت نام در طرح ما استثنائاتی وجود دارد (به صفحه 41 مراجعه کنید).

شما می توانید هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با تماس با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 درخواست کنید تا یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضاء برای شما ارسال شود. همچنین می توانید به

فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه ها در وبسایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید، یا آن را از این وبسایت دانلود کنید.

اگر سوالی دارید، لطفا هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها شامل مواردی مانند کارکنان حرفه ای خدمات سلامت (مانند پزشکان، پرستاران حرفه ای و روانشناسان)، تسهیلات (مانند بیمارستان ها یا درمانگاه ها)، و ارائه دهندگان خدمات پشتیبانی (مانند سلامت روزانه بزرگسالان - Adult Day Health - و ارائه دهندگان خدمات در خانه - Home Health providers) می باشد که شما ممکن است بعنوان عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به آنها مراجعه کنید. فهرست دارای لیست داروخانه هایی می باشد که شما می توانید برای تهیه داروهای نسخه ای خود مورد استفاده قرار دهید. این فهرست همچنین اطلاعاتی را در مورد موارد زیر ارائه می دهد:

- اینکه چه موقع برای مراجعه به سایر ارائه دهندگان خدمات، متخصصان یا مراکز به ارجاع نیاز می باشد، و
- نحوه انتخاب یک پزشک، و
- نحوه تغییر پزشک خود، و
- نحوه یافتن پزشکان، متخصصان، داروخانه ها یا مراکز در منطقه و یا گروه پزشکی IPA/ خود، و
- نحوه دسترسی به خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)، خدمات حمایتی در منزل (IHSS) یا برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، و
- اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به داروخانه های سفارش پستی، داروخانه های دارای امکان تزریق در خانه یا داروخانه های مراقبت های طولانی مدت.

تعریف ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه

- ارائه کنندگان شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شامل موارد زیر است:
 - پزشکان، پرستاران، و دیگر متخصصین امور درمانی هستند که شما به عنوان عضوی از طرح ما می توانید به آنها مراجعه کنید؛
 - کلینیک ها، بیمارستان ها، مراکز پرستاری، و دیگر اماکنی که تحت بیمه ما خدمات درمانی ارائه می دهند می شوند؛ و
 - خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، آژانس های سلامت در خانه، توزیع کنندگان لوازم پزشکی با طول عمر بالا، و دیگر ارائه کنندگان خدماتی است که خدمات و محصولات ارائه می دهند که شما از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می کنید.
- ارائه دهندگان خدمات پذیرفته اند که هزینه کامل خدمات تحت پوشش را از طرح ما دریافت کنند.

تعریف داروخانه های عضو شبکه

- منظور از داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند (دراگ استورها) که پذیرفته اند نسخه های اعضاء بیمه ما را ارائه دهند. از فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها برای پیدا کردن داروخانه مورد نظر خود در شبکه استفاده کنید.
 - به غیر از موارد اضطراری، اگر مایلید که بیمه ما هزینه نسخه شمار را بپردازد باید به یکی از داروخانه های موجود در شبکه ما مراجعه کنید.
- هفت روز هفته از 8 صبح الی 8 شب با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. هم بخش مراقبت مشتریان و هم وبسایت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هر دو می توانند به روز ترین اطلاعات درباره تغییرات ایجاد شده در داروخانه ها و ارائه دهندگان خدمات شبکه ما را به شما ارائه دهند.



J3. فهرست داروهای تحت پوشش

این بیمه یک فهرست داروهای تحت پوشش دارد. ما به طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می نامیم. این فهرست داروهای نسخه ای تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را نشان می دهد.

این فهرست دارو همچنین مقررات و محدودیت های هر دارو، مثل محدودیت در مقداری که می توانید بگیرید، را مشخص می کند. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره این قوانین و محدودیت ها بخش C از فصل 5 را مطالعه کنید.

هر ساله ما اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به فهرست دارویی را برای شما ارسال خواهیم کرد، اما ممکن است در طول سال تغییراتی در آن صورت بگیرد. برای دریافت به روز ترین اطلاعات درباره داروهای تحت پوشش، به وبسایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید یا با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8 صبح الی 8 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

J4. شرح مزایا

وقتی شما از مزایای بخش D داروهای تجویزی استفاده می کنید، ما گزارش خلاصه ای برای اطلاع و پیگیری هزینه های این قسمت برای شما ارسال می کنیم. این گزارش مختصر شرح مزایا (EOB) نامیده می شود.

شرح مزایا (EOB) به شما اطلاعاتی درباره مبلغ کلی که شما یا شخص دیگری از جانب شما خرج داروهای نسخه ای بخش D کرده اید، و مبلغ کلی که ما برای هر داروهای نسخه ای بخش D شما طی آن ماه پرداخت کرده ایم ارائه می دهد. شرح مزایا اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می کنید، می دهد. در فصل 6 اطلاعات بیشتری درباره شرح مزایا و این که چگونه می تواند به شما در نگهداری حساب داروهای تحت پوششتان کمک کند، ارائه داده شده است.

شما همچنین می توانید درخواست شرح مزایا کنید. برای دریافت نسخه ای از شرح مزایا، هفت روز هفته از 8 صبح الی 8 شب با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

K. روش به روز نگه داشتن سوابق عضویت خود

شما می توانید سوابق عضویت خود را با اطلاع دادن به ما از هر گونه تغییر در اطلاعات خود به روز نگه دارید.

ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شبکه طرح نیاز به داشتن اطلاعات صحیحی از شما دارند. آنها از سوابق شما برای اطلاع از این که چه نوع خدمات و داروهایی مصرف می کنید و چه هزینه ای بابت آنها پرداخت می کنید استفاده می کنند. به این دلیل، کمک شما به ما در به روز نگه داشتن اطلاعاتتان بسیار حائز اهمیت است.

موارد زیر را به ما اطلاع دهید:

- تغییرها در نام، نشانی، یا شماره تلفن خود.
- تغییرها در هر پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند بیمه از جانب کارفرمای خود، کارفرمای همسران، یا بیمه خسارت کارگران.
- هر گونه تعهد پرداخت خسارت، مانند جبران خسارت برای یک تصادف با اتومبیل.
- بستری شدن در یک آسایشگاه یا بیمارستان.
- دریافت مراقب های درمانی در یک بیمارستان یا اتاق اورژانس.



- تغییر مراقب شما (یا شخصی که مسئول شما می باشد)
- اگر جزو یک مطالعه تحقیقاتی بالینی بوده یا بشوید.

هرگونه تغییرات در اطلاعات خود را می توانید هفت روز هفته از 8 صبح الی 8 شب از طریق تماس با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 به ما اطلاع دهید.

K1. محرمانگی اطلاعات شخصی سلامت (PHI)

اطلاعات موجود در سوابق عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات شخصی سلامتی (PHI) باشد. بر اساس قوانین ایالتی و فدرال ما ملزم هستیم که PHI شما را خصوصی نگه داریم. ما اطمینان حاصل می کنیم که از PHI شما محافظت شود. برای جزئیات بیشتر درباره نحوه حفاظت ما از PHI شما، به بخش C از فصل 8 مراجعه کنید.



فصل 2: شماره تلفن ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس برای منابع مهمی را به شما ارائه می دهد که می تواند به شما در پاسخ دادن به سوالاتتان درباره Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و مزایای مراقبت های سلامت شما کمک کند. شما همچنین می توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با Care Navigator و دیگریانی که می توانند از طرف شما نمایندگی کنند استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

- A. چگونگی تماس با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 17
- A1. مواردی که در آن باید با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفت 17
- B. روش تماس با هدایتگر مراقبتی (Care Navigator) خود 20
- B1. چه موقع باید با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت 20
- C. چگونه می توان با خط مشاوره پرستاری (Nurse Advice Call Line) تماس گرفت 22
- C1. در چه مواردی باید با خط مشاوره پرستاری تماس گرفت 22
- D. چگونگی تماس با خط بحران بهداشت رفتاری 23
- D1. در چه مواردی باید با خط بحران سلامت رفتاری تماس گرفت 23
- E. چگونه می توان با برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (HICAP) تماس گرفت 24
- E1. مواردی که در آن باید با HICAP تماس گرفت 24
- F. روش تماس با سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) یا به اختصار (QIO) 25
- F1. چه زمانی با Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) تماس بگیریم 25
- G. چگونه می توان با Medicare تماس گرفت 26
- H. چگونه می توان با Medi-Cal Health Care Options تماس گرفت 27
- I. چگونه می توان با Cal MediConnect Ombuds Program تماس گرفت 28
- J. روش تماس با اداره خدمات اجتماعی کانتی (County Social Services) 29
- K. چگونه با طرح بهداشت روانی تخصصی کانتی خود تماس بگیرید 30
- K1. در موارد زیر با طرح بهداشت روانی تخصصی کانتی خود تماس بگیرید: 30
- L. چگونه با اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا تماس بگیرید 31



A. چگونه تماس با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

تلفن	1-855-905-3825 این تماس رایگان است. 8:00 صبح - 8:00 شب، هفت روز هفته با تماس با شماره بالا می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.
TTY	711/ین تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد. 8:00 صبح - 8:00 شب، هفت روز هفته
مکاتبه	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
وبسایت	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. مواردی که در آن باید با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفت

- سوال درباره بیمه درمانی
- سوال درباره خسارات، صورت حساب یا کارت های عضویت
- تصمیمات درباره پوشش مراقبت های درمانی شما
 - منظور از تصمیم درباره بیمه درمانی شما تصمیمی است در مورد:
 - مزایا و خدمات تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می کنیم.
 - در صورت داشتن سوال درباره یک تصمیم پوشش دادن در مورد مراقبت سلامتی خود با ما تماس بگیرید.
 - برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات مربوط به پوشش به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.



- تجدیدنظر درباره مراقبت های سلامتی شما
 - یک تجدید نظر نحوه رسمی درخواست از ما برای مرور تصمیمی است که درباره پوشش بیمه شما گرفته ایم و درخواست تغییر آن در صورتی که فکر کنیم اشتباه کرده ایم.
 - برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.
- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی شما
 - شما می توانید از ما یا هر ارائه کننده خدمات (از جمله اعضاء شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این طرح سلامت کار می کند. شما همچنین می توانید در رابطه با کیفیت خدمات درمانی که از ما دریافت کرده اید به Quality Improvement Organization (سازمان بهبود کیفیت) شکایت کنید (به بخش و در زیر مراجعه کنید).
 - می توانید به ما زنگ بزنید و شکایت خود را مطرح کنید. هفت روز هفته از 8 صبح الی 8 شب با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید.
 - اگر شکایت شما به تصمیم پوشش دادن خدمات درمانی تان مربوط می شود، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش بالا مراجعه کنید).
 - شما می توانید شکایت خود از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را برای Medicare ارسال کنید. شما می توانید از فرم آنلاین در آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می توانید با شماره تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE برای درخواست کمک تماس بگیرید.
 - شما می توانید شکایت خود از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را به Cal MediConnect Ombuds Program از طریق تماس با شماره تلفن (TTY: 1-855-501-3077) 1-855-847-7914، دوشنبه تا جمعه، 9 صبح تا 5 عصر مطرح کنید.
 - برای اطلاعات درباره نحوه طرح شکایت از خدمات درمانی خود به بخش L از فصل 9 مراجعه کنید.
- تصمیمات درباره پوشش داروهای شما
 - منظور از تصمیم پوشش بیمه درباره داروهای شما تصمیمی است در مورد:
 - مزایا و داروهای تحت پوشش، یا
 - مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت می کنیم.
 - این امر شامل داروهای بخش D شما، داروهای تجویزی Medi-Cal، و داروهای بدون نسخه Medi-Cal می شود.
 - برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره تعیین پوشش داروهای تجویز شده خود به بخش F از فصل 9 مراجعه کنید.
- درخواست تجدید نظر برای داروهایتان



- یک تجدید نظر نحوه ای است برای درخواست تغییر تصمیم پوشش بیمه ما.
- برای درخواست تجدید نظر نسبت به تعیین پوشش برای هر یک از داروهایتان که در فهرست داروهای تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (فهرست دارویی) قرار دارند، هفت روز هفته از 8:00 صبح تا 8:00 شب با بخش مراقبت مشتریان به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. داروهای Medi-Cal در فهرست دارو با علامت (*) مشخص شده اند.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر درخصوص نحوه درخواست تجدیدنظر درباره داروهای نسخه ای خود به بخش J از فصل 9 مراجعه کنید.
- شکایات مربوط به داروهای شما
 - شما می توانید از ما یا هر داروخانه ای شکایت کنید. این شامل شکایت در مورد داروهای با نسخه هم می شود.
 - اگر شکایت شما درباره تصمیمی در مورد پوشش بیمه داروهایتان باشد، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. (به بخش بالا مراجعه کنید.)
 - شما می توانید شکایت خود از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را برای Medicare ارسال کنید. شما می توانید از فرم آنلاین در آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می توانید با شماره تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE برای درخواست کمک تماس بگیرید.
 - برای دریافت اطلاعات بیشتر درخصوص شکایت درباره داروهای نسخه ای خود، به بخش J از فصل 9 مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه برای مراقبت های درمانی یا داروهایی که برای آنها از پیش پرداخت کرده اید
 - برای اطلاع بیشتر درباره نحوه درخواست بازپرداخت از ما، یا پرداخت صورت حسابی که دریافت کرده اید، به بخش A از فصل 7 مراجعه کنید.
 - اگر شما از ما بخواهید که صورت حسابی را پرداخت کنیم و ما بخشی از درخواست شما را نپذیریم، شما می توانید برای این تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر در خصوص درخواست های تجدیدنظر به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.



B. روش تماس با هدایتگر مراقبتی (Care Navigator) خود

Care Navigator شخصی است که برای کمک به شما در هماهنگی فرآیند خدمات درمانی تان آموزش خاصی دیده است. Care Navigator عضوی از تیم مراقبتی شما است، و او به عنوان مرجع تماس اولیه شما عمل می کند. به هنگام ثبت نام با این بیمه درمانی یک Care Navigator برای شما تعیین خواهد شد. Care Navigator با شما تماس می گیرد تا خودش را به شما معرفی کند و در شناسایی نیازهایتان به شما کمک کند. شما می توانید از طریق تماس با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و انتخاب گزینه Care Navigator با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. پس از آن که یک Care Navigator برای شما تعیین شود، می توانید با شماره تلفن مستقیم او تماس بگیرید. برای درخواست تغییر هدایتگر مراقبتی خود، شما می توانید با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Member Services تماس بگیرید.

تلفن	1-855-905-3825 این تماس رایگان است. 8:00 صبح - 8:00 شب، هفت روز هفته با تماس با شماره بالا می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد. 8:00 صبح - 8:00 شب، هفت روز هفته
مکاتبه	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
وبسایت	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

B1. چه موقع باید با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت

- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی خود
- سوال درباره دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوء مصرف مواد)
- سوال درباره ایاب و ذهاب
- سوال درباره خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY:711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



LTSS شامل خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS)، برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP) و مراکز پرستاری (NF).

خدمات و حمایت های دراز مدت (LTSS) شامل خدمات متنوعی است برای کمک به افراد بالغی که دچار ناتوانی در عملکردی و/یا بیماری های مزمن هستند، تا بتوانند زندگی مستقلی در جامعه یا در یک مرکز مراقبتی درازمدت داشته باشند. LTSS برای اعضایی است که برای فعالیت های روزانه مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا درست کردن، و مدیریت داروهای خود نیاز به کمک دارند. اگر برای داشتن زندگی مستقل نیاز به کمک دارید، برای دریافت یک ارجاعیه لطفا با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

LTSS شامل موارد زیر می باشد: خدمات جامعه محور برای بزرگسالان (CBAS)، خدمات حمایتی در منزل (IHSS)، برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، مراقبت های بلندمدت/خدمات سرپرستی.

گاهی اوقات می توانید برای مراقبت های سلامتی روزانه و نیازمندی های زندگی کمک دریافت کنید.

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS)،
- برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)،
- مراقبت توسط پرستار حرفه ای،
- فیزیوتراپی،
- کاردرمانی،
- گفتار درمانی،
- خدمات پزشکی اجتماعی، و
- مراقبت سلامت در منزل.



C. چگونه می توان با خط مشاوره پرستاری (Nurse Advice Call Line) تماس گرفت

خط مشاوره پرستاری Blue Shield Promise of California Health Plan با بکارگیری پرستاران دارای پروانه رسمی به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته خدمات رسانی می کند. برای دسترسی به خط مشاوره پرستاری (Nurse Advice Line) با شماره (TTY: 711) 609-4166 (800) تماس بگیرید. پرستاران از طریق تلفن به منظور پاسخگویی به سوال های عمومی در زمینه سلامت و راهنمایی در خصوص منابع دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر در دسترس هستند. با استفاده از خط مشاوره پرستاری، اعضای می توانند خلاصه مکالمه خود با پرستار مربوطه را از طریق ایمیل دریافت کنند که شامل همه اطلاعات و لینک های مربوط به ارجاع آسان می باشد.

(TTY 711) 609-4166 (800) این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته با تماس با شماره بالا می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.	تلفن
711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.	TTY

C1. در چه مواردی باید با خط مشاوره پرستاری تماس گرفت

- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی خود



D. چگونه تماس با خط بحران بهداشت رفتاری

تلفن	دسترسی لس آنجلس و خط بحران 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.
تلفن	<u>سازمان سلامت رفتاری مدیریت شده (Blue Shield of California Promise Health)</u> <u>(Plan Managed Behavioral Health Organization)</u> 1-855-765-9701 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته

D1. در چه مواردی باید با خط بحران سلامت رفتاری تماس گرفت

- سوال ها درباره خدمات بهداشت رفتاری و سوء مصرف مواد
 - زمان مواجهه با بحران بهداشت روان با خط تلفن دسترسی بحران لس آنجلس تماس بگیرید که به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته آماده پاسخگویی به شما می باشد. اطلاعات تماس در بالا قید شده است.
 - چنانچه سوالی در خصوص بهداشت روان و خدمات اختلالات سوء مصرف مواد داشتید، با Blue Shield of California Promise Health Plan Behavioral Health Services تماس بگیرید. اطلاعات تماس در بالا قید شده است.
 - طرح های بیمه درمانی Cal MediConnect مسئول ارائه دسترسی اعضاء به همه خدمات بهداشت رفتاری (سلامت روانی و سوء مصرف مواد) هستند که در حال حاضر تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند.
- برای سوال های خود درباره خدمات تخصصی بهداشت روانی در کانتی خود، به صفحه 33 مراجعه کنید.



E. چگونه می توان با برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (HICAP) تماس گرفت

برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (HICAP) به اعضاء Medicare مشاوره رایگان درباره بیمه درمانی ارائه می دهد. مشاوران HICAP همچنین می توانند به سوال های شما پاسخ دهند و در درک آنچه که باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید کمک کنند. HICAP در همه کانتی ها مشاورین آموزش دیده ای دارد و این خدمات رایگان است.

HICAP ارتباطی با هیچ شرکت بیمه یا برنامه بیمه ندارد.

تلفن	مرکز حقوق مراقبت سلامت (Center for Health Care Rights) 1-213-383-4519 8:30 صبح تا 4:30 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه.
TTY	711 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
مکاتبه	Los Angeles County HICAP Office 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
وبسایت	/http://www.aging.ca.gov/HICAP

E1. مواردی که در آن باید با HICAP تماس گرفت

- سوالات در خصوص طرح Cal MediConnect شما یا سوالات دیگر در خصوص Medicare
 - مشاوران HICAP همچنین می توانند به سوال های شما درباره تغییر طرح بیمه خود پاسخ داده و در این زمینه ها به شما کمک کنند:
 - درک حقوق خود،
 - درک گزینه های پیش روی شما در طرح،
 - ایراد شکایت در مورد مراقبت سلامت یا درمان شما، و
 - برطرف ساختن مشکلات مربوط به صورت حساب های شما.



F. روش تماس با سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) یا به اختصار (QIO)

ایالت ما دارای سازمانی به نام سازمان خانواده محور و ذینفع بهبود کیفیت مراقبت لیوانتا (Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization) یا به اختصار (BFCC-QIO) می باشد. این سازمان متشکل است از گروهی از پزشکان و دیگر افراد حرفه ای در امور درمانی که در ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی اعضای Medicare کمک می کنند. Livanta BFCC-QIO ارتباطی با طرح ما ندارد.

تلفن	1-877-588-1123 تماس بگیرید
TTY	1-855-887-6668 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
مکاتبه	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	https://www.livantaqio.com/en

F1. چه زمانی با Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) تماس بگیریم

- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی خود
 - در موارد زیر شما می توانید درباره خدمات مراقبتی که دریافت کرده اید شکایت کنید:
 - با کیفیت مراقبت دریافت شده مشکل دارید،
 - فکر می کنید دوران بستری بودن شما در بیمارستان پیش از موعد لازم تمام می شود، یا
 - شما معتقد هستید که مراقبت های سلامتی در منزل شما، مراقبت های مراکز پرستاری حرفه ای، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل (CORF) پیش از موعد به پایان می رسند.



G. چگونه می توان با Medicare تماس گرفت

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال است برای افراد 65 سال یا بیشتر، برخی افراد زیر 65 سال مبتلا به ناتوانایی ها، و افرادی که مبتلا به نارسایی کلیه در مراحل پایانی هستند (نارسایی دائمی کلیه و نیازمند به دیالیز یا پیوند کلیه).

آژانس فدرال که مسئول Medicare است مرکز خدمات Medicare و Medicaid، یا CMS است.

تلفن	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، هر شبانه روز، 7 روز هفته، منجمله تعطیلات.
TTY	1-877-486-2048 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
وبسایت	www.medicare.gov این وب سایت رسمی Medicare است. اطلاعات به روزی درباره Medicare در اختیار شما می گذارد. همچنین حاوی اطلاعاتی است درباره بیمارستان ها، آسایشگاه ها، پزشک ها، آژانس های مراقبت در خانه، و تسهیلات دیالیز. شامل کتابچه هایی است که شما می توانید از کامپیوتر خود چاپ کنید. همچنین می توانید مشخصات تماس با Medicare در ایالت خود را با انتخاب گزینه "فرم ها، کمک و منابع" و سپس کلیک کردن روی "شماره تلفن ها و وب سایت ها" پیدا کنید. وب سایت Medicare دارای ابزار زیر است برای کمک به شما در پیدا کردن برنامه بیمه در منطقه خود: جستجوگر طرح Medicare یا (Medicare Plan Finder): اطلاعات شخصی درباره برنامه های داروهای تجویزی Medicare، بیمه های درمانی Medicare، و خط مشی های Medicare Supplement Insurance (Medigap) در منطقه شما را در اختیارتان می گذارد. "پیدا کردن طرح ها (Find plans)" را انتخاب کنید. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی شما یا مرکز امور سالمندان ممکن است بتوانند به شما در مراجعه به این وب سایت با استفاده از کامپیوتر خود کمک کنند. یا، شما می توانید با Medicare به شماره تلفن بالا زنگ زده و به آنها بگویید که به چه چیزی نیاز دارید. آنها اطلاعات مورد نظر شما را در وب سایت پیدا می کنند، چاپی می کنند و برای شما ارسال می کنند.



H. چگونه می توان با Medi-Cal Health Care Options تماس گرفت

اگر درباره انتخاب یک برنامه بیمه MediConnect یا مسائل دیگری در رابطه با ثبت نام سوال داشته باشید، گزینه های مراقبت سلامت Medi-Cal می توانند به شما کمک کنند.

تلفن	1-844-580-7272 نمایندگان گزینه های مراقبت سلامت (Health Care Options) بین ساعات 8:00 صبح و 6:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در خدمت شما هستند.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
مکاتبه	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وبسایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov



I. چگونه می توان با Cal MediConnect Ombuds Program تماس گرفت

Cal MediConnect Ombuds Program به عنوان یک وکیل از طرف شما کار می کند. آنها می توانند به پرسش های شما در زمینه مشکلات یا شکایت های شما پاسخ گفته و می تواند به شما در درک اینکه چه اقدامی باید انجام دهید کمک کنند. برنامه Cal MediConnect Ombuds Program همچنین می تواند به شما در رابطه مشکلات مربوط به خدمات یا صورت حساب ها کمک کند. Cal MediConnect Ombuds Program با طرح ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های سلامتی ارتباطی ندارد. خدمات این برنامه رایگان می باشد.

تلفن	1-855-501-3077 تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه
TTY	1-855-847-7914 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
مکاتبه	خدمات حقوقی محله برای لس آنجلس کانتی 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
وبسایت	www.healthconsumer.org



ج. روش تماس با اداره خدمات اجتماعی کانتی (County Social Services)

اگر در زمینه مزایای خدمات سلامتی و اجتماعی لس آنجلس کانتی خود به کمک نیاز دارید، با اداره خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

تلفن 1-866-613-3777 این تماس رایگان است. Los Angeles County Department of Public Social Services دارای یک مرکز خدمات مشتریان (CSC) می باشد که به دفاتر 33 ناحیه خدمات رسانی می کند. ساعت های کاری از دوشنبه تا جمعه، به استثنای ایام تعطیل، از 7:30 صبح تا 5:30 عصر می باشد. CSC دارای یک سیستم خودکار سلف سرویس می باشد. تماس گیرندگان 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز به سوابق پرونده خود دسترسی خواهند داشت. برای دسترسی به سیستم خودکار، با شماره تلفن رایگان مرکز تماس بگیرید.	
TTY 1-877-735-2929 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.	
مکاتبه Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023	
وبسایت http://dpss.lacounty.gov	



K. چگونه با طرح بهداشت روانی تخصصی کانتی خود تماس بگیرید

خدمات تخصصی بهداشت روانی Medi-Cal از طریق بیمه بهداشت روانی کانتی (MHP) برای شما موجود است، البته در صورتی که واجد شرایط معیارهای پزشکی لازم باشید.

تلفن 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته. با تماس با شماره بالا می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.	تلفن
711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.	TTY

K1. در موارد زیر با طرح بهداشت روانی تخصصی کانتی خود تماس بگیرید:

- سوال درباره خدمات بهداشت رفتاری که کانتی ارائه می دهد
- خدمات ویژه سلامت روانی شامل (اما نه محدود به):
 - خدمات سلامت روانی سرپایی،
 - خدمات درمانی روزانه،
 - مداخله در بحران و تثبیت آن،
 - مدیریت پرونده هدفمند،
 - درمان آسایشگاهی بزرگسالان، و
 - درمان موارد بحرانی در منزل.



L. چگونه با اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا تماس بگیرید

California Department of Managed Health Care (DMHC) مسئول تنظیم طرح های بیمه درمانی می باشد. DMHC Help Center برای درخواست تجدید نظر یا شکایت بر علیه خدمات Medi-Cal در می تواند به شما کمک کند.

تلفن	1-888-466-2219 کارکنان DMHC بین ساعات 8:00 صبح و 6:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در خدمت شما هستند.
TTY	1-877-688-9891 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
مکاتبه	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
نمابر:	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov



M. سایر منابع

روش تماس با Aging on Agencies Area California (آژانس های ناحیه کالیفرنیا برای سالمندان)

AIS خدماتی را برای افراد مسن، افراد دارای معلولیت و اعضای خانواده آنها فراهم می کند تا به نگهداری ایمن آنها در خانه های خود، ترویج زندگی سالم و زندگی حیاتی کمک کرده و مشارکت های مثبت از سوی افراد مسن و افراد معلول را تبلیغ کند.

تلفن	1-888-202-4248 تماس بگیرید 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه
TTY	711 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
مکاتبه	Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6 th St. Los Angeles, CA 90020
وبسایت	http://css.lacounty.gov/



روش تماس با Los Angeles County Regional Centers (مراکز منطقه ای لس آنجلس کانتی)

مراکز منطقه ای شرکت های غیرانتفاعی خصوصی هستند که با Department of Developmental Services (اداره خدمات رشدی) قرارداد دارند تا خدمات و پشتیبانی ها از افراد دارای معلولیت های رشد را ارائه کرده و یا هماهنگ نمایند. این مراکز در سراسر کالیفرنیا دارای دفاتری می باشند تا منابع محلی برای کمک به پیدا کردن و دسترسی به بسیاری از خدمات که در اختیار ایندسته افراد و خانواده هایشان قرار می گیرند را ارائه دهند. کالیفرنیا دارای 21 مرکز منطقه ای با بیش از 40 دفتر واقع در سراسر ایالت می باشد که به افراد دارای معلولیت های رشدی و خانواده های آنها خدمات رسانی می کنند. برای دسترسی به فهرست راهنمای مراکز منطقه ای، به وبسایت ذکر شده در زیر بروید.

تلفن	1-916-654-1690 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه
مکاتبه	1600 9 th Street P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020
TTY	1-916-654-2054 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
وبسایت	www.dds.ca.gov



روش تماس با Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (خدمات حقوقی محله در لس آنجلس کانتی)

The Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (NLSLA) خدمات حقوقی رایگانی را برای افراد نیازمند به آنها ارائه می دهد. NLSLA می تواند به افراد مواجه با مسائل حقوقی مختلف از جمله مسکن، قانون خانواده، امنیت اقتصادی، دسترسی به عدالت، بیمه درمانی و موارد دیگر کمک کند.

تلفن	1-800-433-6251 دوشنبه، چهارشنبه و جمعه، 9:00 صبح تا 1:00 بعد از ظهر
مکاتبه	خدمات حقوقی محله برای لس آنجلس کانتی 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
TTY	1-855-847-7914 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز می باشد.
وبسایت	www.nlsla.org



فصل 3: استفاده از پوشش طرح برای مراقبت از سلامت خود و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

این فصل حاوی شروط و قواعد خاصی می باشد که شما باید برای دریافت مراقبت های سلامت و سایر خدمات تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan از آنها مطلع باشید. این فصل همچنین در مورد هدایتگر مراقبتی شما، چگونگی دریافت خدمات مراقبتی از انواع مختلف ارائه دهندگان و تحت برخی شرایط خاص (از جمله از ارائه دهندگان یا داروخانه های خارج از شبکه)، آنچه باید در هنگام دریافت مستقیم صورتحساب برای خدمات تحت پوشش انجام دهید، و قوانین مربوط به استفاده از تجهیزات پزشکی با طول عمر بالا (DME) اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات درباره "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه دهندگان خدمات" و "ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه"..... 37
- B. مقررات استفاده از خدمات مراقبتی، بهداشت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS) تحت پوشش این طرح..... 37
- C. اطلاعات مربوط به هدایتگر مراقبتی خود..... 39
- C1. هدایتگر مراقبتی (Care Navigator) کیست..... 39
- C2. چگونه می توان با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت..... 39
- C3. چگونه می توان هدایتگر مراقبتی خود را تغییر داد..... 39
- D. دریافت خدمات از ارائه دهندگان اولیه خدمات مراقبتی، متخصصین، دیگر ارائه کنندگان خدمات پزشکی شبکه، و ارائه کنندگان خدمات پزشکی خارج از شبکه..... 39
- D1. دریافت خدمات مراقبتی از یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه..... 39
- D2. خدمات مراقبتی متخصصین و دیگر ارائه دهندگان خدمات شبکه..... 42
- D3. در صورتی که یک ارائه دهنده خدمات شبکه را ترک کند چکار باید کرد..... 42
- D4. چگونه می توان خدمات مراقبتی را از ارائه دهندگان خدمات خارج از شبکه دریافت کرد..... 43
- E. چگونه خدمات و پشتیبانی های دراز مدت (LTSS) دریافت کنیم..... 43
- F. روش دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد)..... 44
- F1. کدام خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal در خارج از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan از طریق اداره سلامت روانی لس آنجلس کانتی (LACDMH) یا اداره سلامت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH) ارائه می شوند؟..... 44
- G. چگونه می توان از خدمات ایاب و ذهاب استفاده کرد..... 46



- H. در صورت موارد اضطراری پزشکی یا نیاز مراقبت فوری، یا بروز فاجعه چگونه می توانید خدمات تحت پوشش را دریافت کنید..... 47
- H1. خدمات مراقبتی در هنگام یک ضرورت پزشکی اورژانسی..... 47
- H2. مراقبت های مورد نیاز فوریتی..... 48
- H3. دریافت خدمات مراقبتی طی یک بحران..... 49
- I. اگر برای خدمات تحت پوشش طرح ما برای شما مستقیماً صورتحساب صادر می شود چه باید کرد..... 49
- I1. اگر خدمات، تحت پوشش بیمه ما نباشد چه باید کرد..... 49
- J. پوشش خدمات مراقبت سلامت در صورتی که در یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کرده باشید..... 50
- J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی..... 50
- J2. پرداخت برای خدمات در صورتی که در یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کرده باشید..... 50
- J3. کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعات تحقیقاتی بالینی..... 51
- K. هنگامی که شما مراقبت های خود را از یک مؤسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی دریافت می کنید خدمات مراقبت سلامت شما چگونه پوشش داده می شوند..... 51
- K1. تعریف یک مؤسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی..... 51
- K2. دریافت مراقبت ها از یک مؤسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی..... 51
- L. لوازم پزشکی بادوام (DME)..... 52
- L1. دریافت DME به عنوان یکی از اعضای طرح ما..... 52
- L2. مالکیت DME زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید..... 52
- L3. تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای طرح ما..... 53
- L4. دریافت تجهیزات اکسیژن زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید..... 53



A. اطلاعات درباره "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه دهندگان خدمات" و "ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه"

خدمات شامل خدمات مراقبت سلامتی، خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، تجهیزات، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه ای و بدون نسخه، لوازم و دیگر خدمات هستند. **خدمات تحت پوشش** شامل هر خدمتی است که طرح ما هزینه اش را پرداخت می کند. مراقبت های درمانی تحت پوشش، خدمات بهداشت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) در جدول مزایا در بخش D از فصل 4 فهرست شده اند.

ارائه دهندگان خدمات عبارت از پزشکان، پرستارها، و دیگر افرادی می باشند که به شما خدمات ارائه کرده و از شما مراقبت می کنند. ارائه کنندگان خدمات بلند مدت همچنین شامل بیمارستان ها، آژانس های خدمات سلامت در منزل، کلینیک ها، و دیگر اماکنی می شوند که به شما خدمات مراقبت های درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، لوازم پزشکی، و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) خاص ارائه می دهند.

ارائه کنندگان خدمات شبکه ارائه کنندگان خدماتی هستند که با بیمه درمانی کار می کنند. این ارائه دهندگان مبلغ پرداخت شده توسط ما را کل مبلغ قابل پرداخت تلقی می کنند. ارائه کنندگان خدمات شبکه صورت حساب خود برای خدماتی که به شما ارائه می دهند را مستقیماً به ما ارسال می کنند. وقتی به یکی از ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه می کنید، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی کنید.

B. مقررات استفاده از خدمات مراقبتی، بهداشت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS) تحت پوشش این طرح

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را تحت پوشش خود دارد. این خدمات شامل بهداشت رفتاری و خدمات و پشتیبانی های درازمدت (LTSS) می شود.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عموماً در صورتی که شما مقررات طرح را رعایت کنید، هزینه خدمات مراقبت های سلامت، خدمات بهداشت رفتاری، و LTSS را پرداخت می کند. برای تحت پوشش قرار گرفتن توسط طرح:

- خدماتی که از آن استفاده می کنید باید جزو **مزایای طرح** باشند. این بدان معنی است که باید در جدول مزایای تحت پوشش بیمه باشند. (این جدول در بخش D از فصل 4 این کتابچه ذکر شده است).
- خدمات باید دارای **ضرورت پزشکی** تشخیص داده شده باشند. منظور از دارای ضرورت پزشکی این است که شما به آن خدمات برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان وضعیت و یا حفظ شرایط سلامت فعلی خود نیاز داشته باشید. این موارد شامل خدماتی است که از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند.
- برای خدمات پزشکی، لازم است یک **ارائه دهنده اولیه خدمات (PCP)** شبکه داشته باشید که این خدمات را تجویز کرده باشد یا به شما توصیه کرده باشد که به پزشک دیگری مراجعه کنید. شما باید به عنوان عضوی از این طرح، یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه عضو شبکه را انتخاب کنید.

- در اکثر مواقع، طرح ما باید پیش از این که به ارائه دهندگان خدمات دیگری در شبکه مراجعه کنید موافقت خود را اعلام کرده باشد. به چنین موافقتی یک **ارجاعیه** گفته می شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ممکن است خدمات مربوطه را پوشش ندهد.



برای مراجعه به متخصصان خاصی مانند متخصص زنان نیازی به ارجاع ندارید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره ارجاعیه ها، به صفحه 44 مراجعه کنید.

- PCP های طرح ما وابسته به گروه های پزشکی هستند. با انتخاب PCP خود، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می کنید. این بدان معنا است که PCP شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع خواهد داد که به گروه پزشکی خودش وابسته هستند. یک گروه پزشکی انجمنی از پزشکان مراقبت های اولیه و متخصصان می باشد که برای ارائه خدمات مراقبت سلامتی هماهنگ شده به شما ایجاد شده است.
- برای استفاده از خدمات اضطراری یا فوری یا مراجعه به متخصصین زنان نیازی به دریافت معرفی نامه از ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود ندارید. از خدمات دیگری نیز می توانید بدون نیاز به ارجاع توسط PCP خود استفاده کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر در این خصوص، به صفحه 44 مراجعه کنید.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره انتخاب PCP، به صفحه 43 مراجعه کنید.

● شما باید خدمات درمانی خود را از ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه ای دریافت کنید که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند. معمولاً طرح، خدمات دریافت شده از جانب ارائه کنندگان خدماتی که با این طرح (بیمه درمانی) و گروه پزشکی PCP شما کار نمی کنند را پوشش نمی دهد. برخی موارد که این قانون در مورد آنها اعمال نمی شود عبارتند از:

- طرح، خدمات اضطراری یا فوری ارائه شده توسط ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه را پوشش می دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر و این که بدانید منظور از خدمات اضطراری یا خدمات مورد نیاز فوری چیست، به بخش H صفحه 50 مراجعه کنید.
- اگر به خدمات درمانی نیاز دارید که طرح ما پوشش می دهد اما ارائه کنندگان خدمات ما نمی توانند آن را به شما ارائه دهند، می توانید آن خدمات را از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه دریافت کنید. پیش از دریافت خدمات به یک تاییدیه نیاز بوده و باید آن را از طرح دریافت کرد. در این شرایط، ما خدمات درمانی را مانند زمانی که به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه می کنید پوشش خواهیم داد. برای آگاهی نسبت به چگونگی دریافت تاییدیه برای مراجعه به ارائه دهندگان خدمات خارج از شبکه، به بخش D صفحه 42 مراجعه کنید.
- بیمه خدمات دیالیزی که در هنگام حضور کوتاه مدت در خارج از محدوده تحت پوشش دریافت کنید را پوشش می دهد. شما می توانید این خدمات را از یک مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت کنید.
- در بدو پیوستن به این طرح، می توانید تقاضا کنید که همچنان به ارائه کنندگان خدمات فعلی خود مراجعه کنید. با برخی موارد استثناء، اگر برای ما ثابت شود که شما از پیش به این ارائه کننده خدمات مراجعه می کرده اید، باید این درخواست را تأیید کنیم (به صفحه 11 از فصل 1 مراجعه کنید). اگر ما درخواست شما را مورد تأیید قرار دهیم، شما می توانید تا 12 ماه به مراجعه به پزشک فعلی خود ادامه دهید. طی این مدت، هدایتگر مراقبتی تان با شما تماس خواهد گرفت تا در یافتن آن دسته از ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه ما که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند به شما کمک کند. پس از 12 ماه، در صورتی که به مراجعه نزد ارائه کنندگان خدماتی که خارج از شبکه ما بوده و به گروه پزشکی PCP شما وابسته نیستند ادامه دهید ما دیگر خدمات شما را پوشش نخواهیم داد.



C. اطلاعات مربوط به هدایتگر مراقبتی خود

C1. هدایتگر مراقبتی (Care Navigator) کیست

Care Navigator شخصی است که برای کمک به شما در هماهنگی فرآیند خدمات درمانی تان آموزش خاصی دیده است. Care Navigator عضوی از تیم مراقبتی شما به شمار آمده و به عنوان مرجع تماس اولیه شما عمل می کند. به هنگام ثبت نام در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یک هدایتگر مراقبتی برای شما تعیین می شود. Care Navigator با شما تماس می گیرد تا خودش را به شما معرفی کند و در شناسایی نیازهایتان به شما کمک کند.

C2. چگونه می توان با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت

شما می توانید از طریق تماس با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و انتخاب گزینه Care Navigator با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. پس از آن که یک Care Navigator برای شما تعیین شود، می توانید با شماره تلفن مستقیم او تماس بگیرید.

C3. چگونه می توان هدایتگر مراقبتی خود را تغییر داد

برای درخواست تغییر هدایتگر مراقبتی خود، شما می توانید هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید.

D. دریافت خدمات از ارائه دهندگان اولیه خدمات مراقبتی، متخصصین، دیگر ارائه کنندگان خدمات پزشکی شبکه، و ارائه کنندگان خدمات پزشکی خارج از شبکه

D1. دریافت خدمات مراقبتی از یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه

شما باید یک ارائه کننده اولیه خدمات درمانی (PCP) برای ارائه خدمات به خود و مدیریت خدمات انتخاب کنید. PCP های طرح ما وابسته به گروه های پزشکی هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می کنید.

تعریف "PCP"، آنچه که یک PCP برای شما انجام می دهد

PCP شما درمانگری است که از معیارهای دولتی برخوردار است و برای ارائه خدمات درمانی اولیه به شما آموزش دیده است. PCP می تواند یک پزشک خانواده، پزشک عمومی، ارائه کننده خدمات پزشکی داخلی، و در صورت درخواست، یک متخصص باشد. شما می توانید یک متخصص را به عنوان PCP خود انتخاب کنید، مشروط بر آن که بپذیرد همه خدماتی که PCP ها معمولاً ارائه می دهند را تأمین کند. برای درخواست این که یک متخصص PCP شما باشد، با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده است). یک کلینیک، مانند مراکز درمانی مورد تأیید دولت فدرال (FQHC) نیز می تواند PCP شما باشد. شما خدمات مراقبتی معمول یا پایه خود را از ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود دریافت خواهید کرد. PCP شما همچنین می تواند سایر خدمات تحت پوشش مورد نیاز شما را هماهنگ کند. این خدمات تحت پوشش عبارتند از:

- عکس برداری با اشعه ایکس
- تست های آزمایشگاهی
- درمان
- خدمات مراقبتی توسط متخصصین



- پذیرش در بیمارستان، و
- خدمات پیگیری مراقبت سلامت.

PCP های برنامه ما به گروه‌های پزشکی خاصی وابسته هستند. یک گروه پزشکی یا انجمن پزشکی مستقل (IPA) سازمانی است تاسیس یافته طبق قانون کالیفرنیا که برای ارائه یا برنامه ریزی تامین خدمات مراقبتی درمانی به اعضاء بیمه با بیمه های درمانی قرارداد دارد. 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.

در اکثر مواقع، پیش از مراجعه به ارائه کنندگان خدمات دیگر یا مراجعه به متخصص نیاز به دریافت ارجاعیه از PCP خود دارید. شما می‌توانید خودتان بدون معرفی به متخصص زنان و زایمان (OB/GYN) وابسته به گروه پزشکی مورد قرارداد خود، یا یک IPA برای آزمایش پاپ اسمیر، معاینه رحم و معاینه سینه سالانه مراجعه کنید. پس از تایید ارجاعیه از جانب گروه پزشکی PCP تان، می‌توانید از متخصص یا دیگر ارائه کننده خدمات برای دریافت درمان مورد نیاز خود وقت بگیرید. متخصص تکمیل درمان یا خدمات شما را به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP بتواند به مدیریت خدمات درمانی شما ادامه دهد.

برای دریافت برخی خدمات، PCP شما باید پیشاپیش از بیمه تاییدیه دریافت کند، یا، در برخی موارد، از گروه پزشکی خود. این تاییدیه قبلی «مجوز قبلی» نیز نامیده می‌شود.

گزینه های PCP شما

شما باید به عنوان عضوی از این طرح، یک ارائه دهنده خدمات عضو شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. برای انتخاب PCP خود، شما می‌توانید:

- از فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه های خود استفاده کنید. به فهرست "پزشکان خدمات اولیه" در آخر این فهرست راهنما برای آنچه که می‌خواهید پیدا کنید رجوع کنید. (این فهرست به ترتیب حروف الفبا و بر اساس نام خانوادگی پزشکان تنظیم شده است)؛ یا
- از وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/CalMediConnect بازدید کرده و PCP مورد نظر خود را جستجو کنید؛ یا
- برای دریافت کمک با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده است).

برای مطلع شدن از این که آیا ارائه کننده خدمات درمانی مورد نظرتان موجود است یا بیماران جدید می‌پذیرد، به فهرست راهنمای داروخانه ها و ارائه کنندگان خدمات در وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/CalMediConnect مراجعه کنید، یا با مراقبت مشتریان تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده است).

اگر می‌خواهید به یک متخصص یا بیمارستان خاص در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مراجعه کنید، مهم است که بررسی کنید که آیا آنها به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند. شما می‌توانید به فهرست راهنمای داروخانه ها و ارائه کنندگان خدمات در وب سایت ما به نشانی

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید، یا با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Member Services تماس بگیرید تا مطلع شوید آیا PCP مورد نظر شما به آن متخصص ارجاع می‌دهد و یا از آن بیمارستان استفاده می‌کند.



امکان تغییر PCP خود

شما می توانید در هر زمان، به هر دلیل، PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما شبکه بیمه ما را ترک کند. اگر PCP شما شبکه بیمه را ترک کند، ما می توانیم به شما در پیدا کردن یک PCP جدید که عضو شبکه بیمه ما است کمک کنیم.

شما می توانید برای تغییر PCP خود مراحل ذکر شده در "گزینه های PCP شما" در بالا را دنبال کنید. حتما با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید تا به آنها اطلاع دهید که PCP خود را عوض می کنید (شماره تلفن و ساعات کاری آنها پایین این صفحه چاپ شده است).

پس از درخواست، تغییر PCP جدید و گروه پزشکی وابسته او از اولین روز ماه بعدی زمانی که درخواست تعویض خود را ارائه داده اید معتبر خواهد بود.

نام و شماره تلفن مطب PCP شما روی کارت عضویت تان چاپ می شود. اگر PCP خود را تغییر دهید یک کارت عضویت جدید دریافت خواهید کرد.

به خاطر داشته باشید، PCP های طرح ما وابسته به گروه های پزشکی هستند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه های پزشکی شما نیز تغییر نمایند. در هنگام درخواست برای این تغییر، حتما به بخش مراقبت مشتریان اطلاع دهید که آیا به متخصصی مراجعه یا دیگر خدمات تحت پوششی را دریافت می کنید که نیاز به تایید PCP تان دارد. بخش خدمات مشتریان به شما کمک می کند تا اطمینان حاصل شود که در هنگام تغییر PCP خود می توانید به دریافت مراقبت های ویژه و سایر خدمات خود ادامه دهید.

خدماتی که می توانید بدون نیاز به کسب تاییدیه PCP خود دریافت کنید

در اکثر مواقع، پیش از مراجعه به ارائه کنندگان خدمات دیگر نیاز به کسب تایید از PCP خود دارید. به این تاییدیه یک **ارجاعیه** می گویند. شما می توانید خدماتی مانند موارد زیر را بدون نیاز به دریافت تاییدیه از ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از ارائه دهندگان خدمات داخل و خارج از شبکه.
- نیاز فوری به خدمات ارائه دهندگان عضو شبکه.
- نیاز فوری به خدمات ارائه دهندگان خارج از شبکه هنگامی که دسترسی به ارائه دهندگان خدمات شبکه برای شما ممکن نیست (به طور مثال، وقتی که خارج از محدوده تحت پوشش بیمه هستید).
- خدمات دیالیز کلیه از یک مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از محدوده پوشش بیمه هستید. (لطفا پیش از ترک محدوده تحت پوشش با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. ما می توانیم به شما در انجام دیالیز در هنگامی که خارج از محدوده هستید کمک کنیم.)
- واکسن آنفلونزا، واکسن هپاتیت ب، و واکسن های ذات الریه، مادامی که آنها را از ارائه دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید.
- مراقبت های سلامتی معمول زنان و تنظیم خانواده. این شامل معاینه سینه، غربالگری ماموگرافی (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش های پاپ، و معاینه های رحم در صورتی می باشد که از یک ارائه کننده خدمات شبکه دریافت شوند.
- علاوه بر این، اگر شما واجد شرایط دریافت خدمات از ارائه دهندگان خدمات سلامت و بهداشت مخصوص سرخپوستان (Indian) هستید، می توانید بدون داشتن ارجاع به این ارائه دهندگان خدمات مراجعه کنید.



D2. خدمات مراقبتی متخصصین و دیگر ارائه دهندگان خدمات شبکه

یک متخصص پزشکی است که برای عضوی خاص از بدن یا یک بیماری خدمات درمانی ارائه می دهد. انواع متعددی از متخصصان موجود می باشند. مثال هایی در این زمینه عبارتند از:

- انکولوژیست ها از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می کنند.
- متخصص قلب برای درمان بیماران قلبی.
- ارتوپد درمان بیماران با مشکلات استخوان، مفصل، یا ماهیچه.

هنگامی که به خدمات درمانی تخصصی یا تکمیلی نیاز دارید که PCP شما نمی تواند ارائه دهد، او شما را به ارائه کننده دیگری ارجاع خواهد داد. پس از تایید ارجاعیه از جانب گروه پزشکی PCP تان، می توانید از متخصص یا دیگر ارائه کننده خدمات برای دریافت درمان مورد نیاز خود وقت بگیرید. متخصص تکمیل درمان یا خدمات شما را به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP بتواند به مدیریت خدمات درمانی شما ادامه دهد.

PCP باید پیشاپیش از بیمه برای برخی خدمات برای شما تاییدیه بگیرد. این تاییدیه قبلی «مجوز قبلی» نیز نامیده می شود. به طور مثال، برای همه اقامت های غیر اضطراری در بیمارستان به دریافت مجوز قبلی نیاز می باشد. در برخی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP شما ممکن است بتواند به جای برنامه ما اجازه دریافت خدمات را صادر کند.

اگر درباره این که چه کسی مسئول ارائه و تایید تاییدیه اولیه است برای دریافت خدمات است دارید، با گروه پزشکی PCP خود تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. برای اطلاعات درباره این که چه خدماتی نیاز به تاییدیه اولیه دارند، لطفاً به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

D3. در صورتی که یک ارائه دهنده خدمات شبکه را ترک کند چکار باید کرد

ممکن است یک ارائه دهنده خدمات مورد استفاده شما شبکه ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه دهندگان خدمات شما، شبکه طرح ما را ترک کند، شما از برخی حقوق و پشتیبانی هایی برخوردار هستید که در ذیل قید شده اند:

- با وجود این که ممکن است تغییراتی در شبکه ارائه کنندگان خدمات ما طی سال صورت گیرد، ما باید به شما امکان دسترسی بی وقفه به ارائه کنندگان خدمات واجد شرایط را بدهیم.
- ما در تلاشی همراه با حسن نیت، حداقل از 30 روز پیش به شما اطلاع خواهیم داد تا شما برای انتخاب ارائه کننده خدمات جدید وقت داشته باشید.
- ما به شما در انتخاب یک ارائه کننده خدمات واجد شرایط برای مدیریت امور درمانی شما کمک خواهیم کرد.
- اگر در حال انجام یک مداوای پزشکی باشید، از این حق برخوردار هستید که بخواهید وقفه ای در درمان تان ایجاد نشود، و ما در این راستا با شما همکاری خواهیم کرد.
- اگر فکر می کنید که ما ارائه کننده خدمات شما را با یک ارائه کننده واجد شرایط جایگزین نکرده ایم یا امور درمانی شما به خوبی مدیریت نمی شود، از این حق برخوردار هستید که علیه تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

اگر متوجه شده اید که ارائه کننده خدمات شما می خواهد طرح ما را ترک کند، لطفاً با ما تماس بگیرید تا بتوانیم به شما در یافتن یک ارائه کننده خدمات جدید برای مدیریت امور درمانی تان کمک کنیم. لطفاً هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.



D4. چگونه می توان خدمات مراقبتی را از ارائه دهندگان خدمات خارج از شبکه دریافت کرد

اگر به خدمات درمانی نیاز دارید که طبق Medicare و/یا Medi-Cal، طرح ما باید آنها را پوشش دهد و ارائه دهندگان خدمات شبکه ما قادر به ارائه این خدمات نیستند، می توانید این خدمات را از یک ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه دریافت کنید. پزشک مراقبت اولیه شما مسئول درخواست برای تأییدیه اولیه دریافت خدمات خارج از شبکه است. شما باید از بیمه یا گروه پزشکی وابسته به PCP خود پیش از دریافت خدمات از ارائه کننده خدمات خارج از شبکه تأییدیه اولیه دریافت کنید. در چنین شرایطی، مبلغی که پرداخت می کنید مشابه همان مبلغی است که برای خدمات درمانی ارائه کنندگان عضو شبکه پرداخت می شود.

اگر به یک ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه مراجعه می کنید، وی باید واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

- ما نمی توانیم به ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه ای که واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیستند مبلغی پرداخت نماییم.
- اگر نزد ارائه کننده خدماتی بروید که واجد شرایط شرکت در بیمه Medicare نباشد، باید هزینه کامل خدمات دریافتی را خودتان پرداخت کنید.
- ارائه دهندگان خدمات در صورتی که واجد شرایط همکاری با Medicare نباشند باید به شما اطلاع دهند.

E. چگونه خدمات و پشتیبانی های دراز مدت (LTSS) دریافت کنیم

خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) عبارت است از خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS)، برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، و مراکز پرستاری (NF). این خدمات ممکن است در منزل شما، محله یا یک مکان دیگر صورت بگیرند. انواع LTSS در زیر شرح داده شده اند:

- **خدمات جامعه محور بزرگسالان (Community Based Adult Services) یا به اختصار (CBAS):** برنامه خدمات سرپایی داخل مرکز که مراقبت های پرستاری حرفه ای، خدمات اجتماعی، گفتار و کار درمانی ها، مراقبت های شخصی، آموزش و پشتیبانی از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، ایاب و ذهاب، و دیگر خدمات شامل آن می شوند را در صورتی که واجد شرایط معیارهای مربوطه باشید ارائه می دهد.
- **برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program) یا به اختصار (MSSP):** یک برنامه خاص کالیفرنیا می باشد که خدمات مبتنی بر منزل و اجتماع (HCBS) را به مشتریان مسن سالم اما ضعیفی ارائه می دهد که واجد شرایط قرار گرفتن در یک مرکز پرستاری می باشند، اما ترجیح می دهند که در جامعه باقی بمانند.
 - اعضاء واجد شرایط Medi-Cal که 65 ساله یا بزرگتر بوده و دچار معلولیت می باشند می توانند واجد شرایط این برنامه باشند. این برنامه یک جایگزین برای قرار گرفتن در یک مرکز پرستاری می باشد.
 - خدمات MSSP ممکن است شامل این موارد (اما نه محدود به آنها) باشد: مراقبت های روزانه بزرگسالان / مرکز پشتیبانی، کمک هزینه های مسکن از قبیل سازگاری فیزیکی و وسائل کمکی، کمک در کارهای خانه و مراقبت های شخصی، سرپرستی محافظتی، مدیریت مراقبت و سایر خدمات.
- **مراقبت در مراکز پرستاری (Nursing Facility) یا به اختصار (NF):** مکانی که به افرادی خدمات مراقبتی ارائه می دهد که نمی توانند در خانه زندگی امنی داشته باشند ولی نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند.



هدایتگر مراقبتی شما برای درک هر کدام از برنامه ها به شما کمک خواهد کرد. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره هر کدام از این برنامه ها، با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید تا شما را به یک هدایتگر مراقبتی وصل کنند (شماره تلفن و ساعات کاری آنها در پایین این صفحه ذکر شده است).

F. روش دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته باشند و تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal باشند دسترسی خواهید داشت. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خدمات بهداشت روانی که تحت پوشش Medicare باشند را ارائه می دهد. خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ارائه نمی شود، اما برای اعضای واجد شرایط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan از طریق اداره سلامت روانی لس آنجلس کانتی (Los Angeles County Department of Mental Health) یا به اختصار (LACDMH) و اداره سلامت عمومی لس آنجلس کانتی (Los Angeles County Department of Public Health) یا به اختصار (LACDPH) قابل دسترسی می باشد.

F1. کدام خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal در خارج از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan از طریق اداره سلامت روانی لس آنجلس کانتی (LACDMH) یا اداره سلامت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH) ارائه می شوند؟

در صورتی که واجد شرایط معیار ضرورت پزشکی خدمات تخصصی سلامت روانی Medi-Cal باشید، آنگاه خدمات تخصصی سلامت روانی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روانی (MHP) کانتی برای شما در دسترس خواهد بود. خدمات تخصصی بهداشت رفتاری Medi-Cal که توسط اداره بهداشت روانی لس آنجلس کانتی (LACDMH) ارائه می شود عبارت است از:

- خدمات بهداشت روانی (ارزیابی، درمان، توانبخشی، خدمات جانبی و در نظر گرفتن راه حل ها)
- خدمات پشتیبانی دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در مواقع بحرانی
- تثبیت بحران
- خدمات آسایشگاه بزرگسالان
- خدمات درمان موارد بحرانی در منزل
- امکانات سلامت روان پزشکی
- خدمات روانشناسی برای بیماران بستری
- مدیریت موردی هدفمند



خدمات Drug Medi-Cal برای شما از طریق اداره سلامت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH)، ارائه می شود در صورتی که واجد شرایط لزوم Drug Medi-Cal باشید. خدمات Drug Medi-Cal که از طریق اداره سلامت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH)، ارائه می شود عبارت است از:

- خدمات درمان سرپایی فشرده
- آسایشگاه سالمندان
- خدمات سرپایی بدون دارو
- خدمات ترک مواد مخدر
- خدمات نالترکسون برای ترک مواد مخدر شبه تریاک

علاوه بر خدمات Drug Medi-Cal فهرست شده در بالا، ممکن است در صورت واجد شرایط بودن برای معیارهای لازمه شما به خدمات سم زدایی با بستری داوطلبانه هم دسترسی داشته باشید.

در دسترس بودن خدمات سلامت رفتاری

خدمات گوناگون و جامعی در اختیار شما قرار دارد. شما شخصا می توانید به یک ارائه کننده خدمات طرف قرارداد با ما مراجعه کنید، و همچنین PCP شما، یکی از اعضاء خانواده و غیره، می تواند شما را معرفی کند. در دسترسی به خدمات "هیچ در اشتباهی" وجود ندارد. شما می توانید برای درخواست کمک در دسترسی به خدمات با این مراکز تماس بگیرید:

- County Crisis and Referral Line (خط ارجاع و بحران کانتی) (برای شماره تلفن و ساعات اداری لطفا به بخش K از فصل 2 این کتابچه مراجعه کنید)
- LA County Department of Public Health، Substance Abuse Prevention and Control (اداره سلامت عمومی، پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد لس آنجلس کانتی) (لطفا 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته با شماره (TTY: 711) 888-742-7900 تماس بگیرید.)
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Behavioral Health Line (خط مشاوره سلامت رفتاری) (برای اطلاع از شماره تلفن و ساعات کاری لطفا به بخش D از فصل 2 این کتابچه مراجعه کنید)
- بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده است).

فرآیند تعیین خدمات دارای ضرورت پزشکی

ضرورت پزشکی توسط یک ارائه دهنده خدمات مناسب و دارای مجوز تعیین می شود. معیار ضرورت پزشکی هم توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و هم توسط کانتی و توسط متخصصین سلامت رفتاری و سایر طرفین ذینفع و مطابق با نیازمندی های نظارتی تنظیم شده است.

فرآیند ارجاع بین Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و کانتی

اگر از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یا کانتی خدماتی دریافت می کنید، ممکن است با توجه به نیازهای خود از این دو طرف به یکدیگر ارجاع شوید. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یا کانتی از طریق برقراری تماس با نهادی که ارجاع به آن انجام شده است، می تواند شما را به آنجا ارجاع دهد. علاوه بر این، یک فرم ارجاع توسط ارائه کننده خدماتی که شما را معرفی می کند تکمیل می شود و به طرفی که به آن معرفی شده اید، ارسال می شود.



فرآیند حل و فصل مشکلات

در صورت بروز اختلاف بین شما و کانتی یا Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، شما تا زمانی که اختلاف حل شود دریافت خدمات درمانی سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته باشد، از جمله داروهای نسخه ای، توسط شما همچنان ادامه خواهد یافت. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بواسطه همکاری با کانتی راهکارهایی را طراحی کرده است که بهنگام بوده و تأثیر منفی روی خدماتی که نیاز به دریافت آن دارید نمی گذارند. شما همچنین می توانید بسته به نهادی که با آن دارای اختلاف هستید، از فرآیند تجدیدنظرخواهی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یا کانتی استفاده کنید.

G. چگونه می توان از خدمات ایاب و ذهاب استفاده کرد

خدمات ایاب و ذهاب پزشکی عبارت است از خدمات اضطراری آمبولانس. انتقال اضطراری با آمبولانس به اولین بیمارستانی که پذیرای بیماران برای مراقبت اضطراری باشد تحت عنوان خدمات اضطراری پوشش داده می شود. این خدمات شامل آمبولانس و خدمات حمل و نقل آمبولانسی ارائه شده توسط سیستم واکنش اضطراری "911" می شود.

ایاب و ذهاب پزشکی غیر-اضطراری (NEMT) تحت پوشش بیمه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می باشد. خدمات NEMT در صورتی مناسب هستند که مستند شده باشد عضو بیمه در شرایطی است که دیگر لوازم حمل و نقل برای وی مضر باشند (سلامت شخص را به خطر بیاندازند) و استفاده از آمبولانس ضرورت پزشکی داشته باشد. خدمات ایاب و ذهاب می توانند توسط آمبولانس، وسیله نقلیه مجهز به برانکار، یا خدمات حمل و نقل پزشکی برای صندلی چرخدار ارائه شوند. انتقال یک عضو از بیمارستانی به بیمارستان یا مرکز دیگر، یا از یک مرکز به خانه باید با توجه به موارد زیر صورت گیرد:

- ضرورت پزشکی داشته باشد، و
- توسط ارائه دهنده خدمات درخواست شده باشد، و
- پیشاپیش توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تأیید شده باشد.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan همچنین از مطب پزشک شما و بالعکس **خدمات ایاب و ذهاب غیر-پزشکی (NMT)** ارائه می دهد. خدمات ایاب و ذهاب می توانند توسط تاکسی، ماشین سواری یا دیگر وسایل نقلیه ارائه شوند. همه اعضای که خدمات ایاب و ذهاب درخواست می کنند باید طی آن ماهی که درخواست ایاب و ذهاب می کنند واجد شرایط دریافت این خدمات باشند. هماهنگی ها برای خدمات ایاب و ذهاب پزشکی غیر-اضطراری و ایاب و ذهاب غیر-پزشکی توسط بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan انجام می شود. می توانید با برقراری تماس با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به بخش ایاب و ذهاب وصل شوید یا از طریق شماره تلفن (TTY: 711) 1-877-433-2178، به صورت 24 ساعته و هفت روز هفته تماس بگیرید. قویا به شما پیشنهاد می کنیم تا هماهنگی های مربوط به مسافرت را حداقل بیست و چهار (24) ساعت از قبل انجام دهید.



H. در صورت موارد اضطراری پزشکی یا نیاز مراقبت فوری، یا بروز فاجعه چگونه می توانید خدمات تحت پوشش را دریافت کنید

H1. خدمات مراقبتی در هنگام یک ضرورت پزشکی اورژانسی

تعریف یک وضعیت پزشکی اورژانسی

یک وضعیت اورژانسی پزشکی یک وضعیت پزشکی با علائمی مانند درد شدید یا صدمه شدید می باشد. در این حالت، وضعیت به قدری بحرانی است که اگر فوراً مراقبت های پزشکی به عمل نیاید، شما هر فردی با آگاهی متوسط در زمینه سلامتی و پزشکی می تواند انتظار موارد زیر را داشته باشد:

- سلامت بیمار در معرض خطر جدی قرار گیرد؛ یا
- آسیب جدی به عملکرد بدن وارد شود؛ یا
- اختلال شدید در عملکرد ارگان یا اعضای حیاتی بدن ایجاد شود؛ یا
- در مورد یک زن باردار در حال زایمان به شکلی که ممکن است یکی از شرایط ذیل رخ دهد:
 - زمان کافی برای انتقال بی خطر شما به یک بیمارستان دیگر وجود ندارد.
 - انتقال به یک بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و ایمنی شما یا نوزاد به دنیا نیامده شما را به خطر بیندازد.

در صورت بروز موارد اورژانسی پزشکی چکار باید کرد

در صورت بروز مورد اضطراری:

- هر چه سریع تر کمک بگیرید. به شماره 911 زنگ بزنید یا به نزدیک ترین بخش اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت نیاز به آمبولانس زنگ بزنید. شما نیازی به کسب تأییدیه یا معرفی از PCP خود ندارید.
- در اسرع وقت، اطمینان حاصل کنید که مورد اضطراری خود را به بیمه ما اطلاع دهید. ما باید مورد اضطراری شما را پیگیری کنیم. معمولاً شما یا شخص دیگری باید در عرض 48 ساعت در مورد مراقبت اضطراری خود، از طریق تلفن به ما اطلاع دهد. با این وجود، شما نباید مجبور باشید که به دلیل تأخیر در اطلاع دادن به ما برای خدمات اضطراری مبلغی پرداخت کنید. لطفاً هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. شماره تلفن بخش مراقبت مشتریان ما روی کارت عضویت شما نیز چاپ شده است.

خدمات تحت پوشش در یک وضعیت پزشکی اورژانسی

ممکن است در صورت نیاز مراقبت های پزشکی اورژانس شما در هر نقطه از ایالت متحده یا قلمروهای آن بدون نیاز به کسب اجازه اولیه، پوشش داده شود. در صورت نیاز به آمبولانس برای مراجعه به بخش اورژانس، بیمه ما آن را پوشش می دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

در سال 2021، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به اعضای خود در هر زمان که نیاز داشته باشند و در هر کجای جهان پوشش مراقبت پزشکی اورژانسی ارائه می کند. ما تا سقف \$25,000 دلار هزینه های اورژانسی را پوشش می دهیم. برای دریافت اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.



پس از پایان یافتن وضعیت اضطراری، ممکن است شما برای بهبود حال خود به خدمات مراقبتی پیگیری نیاز داشته باشید. ما خدمات مراقبت پیگیری شما را پوشش می دهیم. اگر خدمات اضطراری خود را از ارائه دهنده ای خارج از شبکه دریافت کنید، ما سعی خواهیم کرد از ارائه دهندگان خدمات شبکه بخواهیم در اسرع وقت مراقبت از شما را بر عهده گیرند.

دریافت مراقبت های اورژانسی در صورتی که مورد یک شرایط اورژانسی نبوده باشد

گاهی اوقات تشخیص این که وضعیت شما یک مورد اورژانسی می باشد امری دشوار است. شما ممکن است برای یک مورد اورژانسی مراجعه کنید و سپس پزشک به شما بگوید که مورد مربوطه اورژانسی نبوده است. مادامی که دلیل منطقی داشته باشید که فکر کنید خطر جدی وجود داشته است، ما خدمات درمانی شما را پوشش خواهیم داد.

با این وجود، پس از آنکه پزشک بگوید مورد اضطراری نبوده است ما مابقی خدمات دریافتی شما را فقط در شرایط زیر پوشش می دهیم:

- اگر به یک ارائه کننده خدمات شبکه مراجعه کنید، یا
- مراقبت های اضافی که دریافت کنید "مراقبت مورد نیاز فوری" محسوب می شوند و شما برای دریافت آن مقررات را رعایت کنید. (به بخش بعدی مراجعه کنید)

H2. مراقبت های مورد نیاز فوری

تعریف مراقبت های مورد نیاز فوری

مراقبت های مورد نیاز فوری عبارت از مراقبت هایی می باشد که شما برای یک بیماری، صدمه، یا وضعیت آنی دریافت می کنید که اضطراری نیست اما در اسرع وقت نیاز به رسیدگی دارد. به طور مثال، ممکن است مشکلی که از پیش داشته اید آشکار شود و نیاز به درمان آن داشته باشید.

دریافت مراقبت های مورد نیاز فوری هنگامی که در محدوده تحت پوشش طرح هستید

در اکثر موارد، ما مراقبت مورد نیاز فوری را فقط در صورتی پوشش می دهیم که:

- شما این مراقبت ها را از ارائه دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید، و
- بقیه مقررات ذکر شده در این فصل را رعایت کنید.

با این وجود، اگر نتوانید به یک ارائه کننده خدمات شبکه مراجعه کنید، ما مراقبت های مورد نیاز فوری که از ارائه کنندگان خدمات خارج از محدوده تحت پوشش ما دریافت کنید را پوشش می دهیم.

برای دسترسی به مراقبت های مورد نیاز فوری پس از ساعات اداری می توانید:

24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته با خط مشاوره پرستاری Blue Shield of California Promise Health Plan به شماره (800) 609-4166 (TTY: 711) تماس بگیرید. پرستار مربوطه می تواند شما را به یک مرکز مراقبت های فوری عضو شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan معرفی کند.

دریافت مراقبت های مورد نیاز فوری هنگامی که خارج از محدوده تحت پوشش طرح هستید

هنگامی که شما خارج از محدوده تحت پوشش طرح هستید، ممکن است نتوانید مراقبت ها را از یک ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه دریافت کنید. در این صورت، طرح ما مراقبت مورد نیاز فوری که شما از هر ارائه کننده ای دریافت کنید را پوشش می دهد.



Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به اعضای خود در هر زمانی که نیاز داشته باشند و در هر کجای جهان پوشش مراقبت های مورد نیاز فوریتی پزشکی را ارائه می کند. ما تا سقف \$25,000 هزینه های مراقبت های مورد نیاز فوریتی را پوشش می دهیم. برای دریافت اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

H3. دریافت خدمات مراقبتی طی یک بحران

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر خدمات بهداشتی و انسانی ایالات متحده، یا رئیس جمهور ایالت متحده آمریکا در منطقه جغرافیایی شما اعلام وضعیت اضطراری یا فاجعه کنند، شما همچنان می توانید از خدمات مراقبتی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بهره مند شوید.

برای کسب اطلاع درباره چگونگی دریافت خدمات مورد نیاز طی فاجعه اعلام شده، لطفاً به وبسایت: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

در خلال یک فاجعه اعلام شده، اگر نتوانید از خدمات یک ارائه کننده خدمات عضو شبکه استفاده کنید، به شما اجازه داده می شود که مراقبت ها را از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه بدون پرداخت هزینه دریافت کنید. اگر طی دوران یک فاجعه اعلام شده نتوانید به داروخانه عضو شبکه مراجعه کنید، می توانید داروهای نسخه ای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر به فصل 5 مراجعه کنید.

I. اگر برای خدمات تحت پوشش طرح ما برای شما مستقیماً صورتحساب صادر می شود چه باید کرد

اگر یک ارائه کننده خدمات به جای طرح برای شما صورت حساب ارسال کند، شما باید از ما بخواهید که سهم خود از صورت حساب را پرداخت کنیم.

شما نباید خودتان صورت حساب را پرداخت کنید. در صورتی که پرداخت کنید، بیمه آن را به شما بازپرداخت نخواهد کرد.

اگر برای خدمات تحت پوشش خود مبلغی بیشتر از سهم خود پرداخت کرده اید یا اگر به میزان مبلغ کل هزینه های خدمات پزشکی تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر شده، برای اطلاع از آنچه که باید انجام دهید به بخشهای A و B از فصل 7 مراجعه کنید.

I1. اگر خدمات، تحت پوشش بیمه ما نباشد چه باید کرد

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تمامی اینگونه خدمات را پوشش می دهد:

- خدماتی که از لحاظ پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد، و
- خدماتی که در جدول مزایای طرح فهرست شده باشند (به بخش D از فصل 4 مراجعه کنید)، و
- خدماتی که شما آنها را بر اساس پیروی از قوانین طرح دریافت کنید.

اگر خدماتی دریافت کنید که تحت پوشش بیمه ما نباشند، خودتان باید هزینه کامل آن را بپردازید.

شما از این حق برخوردار هستید که از ما درباره اینکه چه خدمات و درمان هایی تحت پوشش هستند سوال کنید. شما همچنین از این حق برخوردار هستید که نسخه کتبی این را بخواهید. اگر ما بگوییم که خدمات دریافتی شما را پوشش نمی دهیم، شما می توانید علیه تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.



بخش های D، E، F و G از فصل 9 درباره چگونگی درخواست پوشش یک محصول پزشکی یا خدمات از ما توضیح می دهد. این فصل همچنین به شما درباره چگونگی درخواست تجدید نظر علیه تصمیم ما اطلاعاتی ارائه می دهد. برای آگاهی بیشتر نسبت به حقوق خود درباره درخواست تجدید نظر همچنین می توانید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

ما هزینه برخی از خدمات را تا حد خاصی پرداخت می کنیم. اگر شما از این حد بگذرید، مابقی هزینه برای دریافت چنین خدماتی را باید خودتان پرداخت کنید. برای آگاهی از محدودیت ها و این که تا چه حد به رسیدن به آنها نزدیک هستید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

J. پوشش خدمات مراقبت سلامت در صورتی که در یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کرده باشید

J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی

یک مطالعه تحقیقاتی بالینی (که کارآزمایی بالینی هم خطاب می شود) روشی برای آزمایش داروها و روش های درمانی جدید توسط پزشکان است. آنها مطالعات خود را با کمک داوطلبان انجام می دهند. این نوع مطالعه به پزشکان کمک می کند درباره این که چه نوع درمان جدید یا دارو کارآمد است و این که آیا استفاده از آن بی خطر است تصمیم بگیرند.

وقتی Medicare مطالعه ای که شما می خواهید در آن شرکت کنید را تایید کند، یکی از افرادی که روی آن مطالعه کار می کند با شما تماس خواهد گرفت. آن شخص مطالعه را برای شما شرح می دهد و صلاحیت شما برای شرکت در آن را بررسی می کند. در صورت واجد شرایط بودن طبق معیارهای لازم شما می توانید در آن مطالعه شرکت کنید. لازم است آنچه که باید برای یک پروژه تحقیقاتی انجام دهید را درک کرده و بپذیرید.

در حین شرکت در مطالعه می توانید عضو بیمه ما باقی بمانید. بدین طریق شما همچنان خدمات مراقبتی خود را که ربطی به تحقیقات ندارند از بیمه ما دریافت خواهید کرد.

اگر می خواهید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی به تأیید ما یا ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما نیست. ارائه دهندگان خدماتی که تحت عنوان یک پروژه تحقیقاتی به شما خدمات مراقبتی ارائه می دهند نباید الزاماً از ارائه دهندگان خدمات شبکه باشند.

شما لازم است پیش از شروع مطالعه تحقیقاتی بالینی مشارکت خود را در آن به ما اطلاع دهید.

اگر قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کنید، شما یا هدایتگر مراقبتی شما باید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید که قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کنید.

J2. پرداخت برای خدمات در صورتی که در یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کرده باشید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare داوطلب شوید، نباید هزینه ای برای خدمات تحت پوشش مطالعه پرداخت کنید و Medicare هزینه خدمات تحت پوشش تحقیقات و هزینه های معمول مربوط به مراقبت های درمانی شما را پرداخت خواهد کرد. هنگامی که به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی می پیوندید، برای اکثر موارد و خدماتی که به عنوان مشارکت در آن مطالعه دریافت می کنید پوشش داده می شوید. اینها عبارتند از:

- اتاق و اقامت در بیمارستان که در صورتی که در پروژه تحقیقاتی نبودید Medicare هزینه آنها را پرداخت می کرد.
- عمل یا فرآیند پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی است.
- درمان هر نوع عوارض جانبی و مشکلاتی که در رابطه با درمان (تحقیقاتی) جدید پیش بیاید.



اگر شما جزو مطالعه ای هستید که Medicare آن را تأیید نکرده باشد، خودتان باید هر هزینه مربوط به شرکت در آن مطالعه را بپردازید.

J3. کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعات تحقیقاتی بالینی

شما با مطالعه بخش Medicare و مطالعات تحقیقاتی بالینی "Medicare & Clinical Research Studies" در وب سایت (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) می توانید اطلاعات بیشتری درباره پیوستن به یک پروژه مطالعات تحقیقاتی بالینی کسب کنید. شما همچنین می توانید با 24 (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. هنگامی که شما مراقبت های خود را از یک مؤسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی دریافت می کنید خدمات مراقبت سلامت شما چگونه پوشش داده می شوند

K1. تعریف یک مؤسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی

یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که خدماتی را ارائه می دهد که معمولاً آن را در یک بیمارستان یا مراکز پرستاری حرفه ای دریافت می کنید. اگر دریافت خدمات از یک بیمارستان یا مراکز پرستاری حرفه ای خلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه دریافت خدمات در یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی را پرداخت خواهیم کرد.

شما می توانید هر زمان و به هر دلیل درخواست دریافت خدمات درمانی کنید. این مزیت فقط برای خدمات بستری در بیمارستان بخش الف Medicare (خدمات غیرپزشکی مراقبت سلامتی) است. Medicare فقط هزینه خدمات غیرپزشکی که توسط مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی ارائه می شود را پرداخت می کند.

K2. دریافت مراقبت ها از یک مؤسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی

برای دریافت خدمات از یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی، باید یک سند حقوقی امضاء کنید که در آن گفته شده است که شما با دریافت خدمات درمانی که "غیر متعارف" است مخالف هستید.

- منظور از خدمات درمانی "غیر متعارف" هر نوع خدماتی است که از نظر دولت فدرال، ایالت و قانون محلی داوطلبانه و غیرضروری تلقی می شوند.
- منظور از خدمات درمانی "متعارف" هر نوع خدماتی است که از نظر دولت فدرال، ایالت و قانون محلی غیر داوطلبانه و ضروری تلقی می شوند.

برای اینکه بیمه ما خدماتی که از یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می کنید را پوشش دهد، لازم است که آن مؤسسه با معیارهای زیر مطابقت داشته باشد:

- مؤسسه ارائه دهنده خدمات باید مورد تأیید Medicare باشد.
- پوشش خدمات توسط بیمه ما محدود به جنبه های غیرمذهبی خدمات درمانی می شود.
- اگر این خدمات را در تسهیلات این مؤسسه دریافت می کنید، موارد زیر اعمال می شود:
 - باید سلامتی شما دچار مشکل شده باشد که طبق آن قادر به دریافت خدمات درمانی تحت پوشش با بستری در بیمارستان یا مراکز پرستاری حرفه ای باشید.



- باید پیش از پذیرش در این موسسه از ما تاییدیه دریافت کنید، در غیر این صورت اقامت شما در آنجا پوشش داده نخواهد شد.

محدودیتی برای پوشش تعداد روزهای اقامت در بیمارستان وجود ندارد. برای دریافت اطلاعات بیشتر، لطفاً به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

L. لوازم پزشکی بادوام (DME)

L1. دریافت DME به عنوان یکی از اعضای طرح ما

DME به معنی برخی از اقلام می باشد که توسط یک ارائه دهنده خدمات برای استفاده در منزل برای شما سفارش داده می شود. نمونه هایی از این موارد عبارت است از صندلی های چرخ دار، عصاها، سیستم های تشک الکتریکی، ملزومات دیابتی، تخت های بیمارستانی که توسط ارائه کننده خدمات برای استفاده در منزل تهیه می شود، پمپ های تزریق (IV)، دستگاه های تولید صدا، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها می باشد.

برخی اجناس، مانند پروتز، همیشه در تملک شما باقی خواهند ماند.

در این بخش، در مورد DME که شما باید اجاره کنید، بحث می کنیم. به عنوان یکی از اعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما معمولاً مالک لوازمی که اجاره کرده اید نخواهید شد و این ربطی به مدت زمان اجاره آنها ندارد.

در شرایط خاص، بسته به اینکه آیا شما واجد شرایط یکی یا همه معیارهای زیر هستید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ممکن است مالکیت DME را به شما انتقال دهد:

- شما یک نیاز پزشکی مداوم به اقلامی با هزینه کمتر از \$150 و/یا پمپ های پارنترال/تزریقی دارید،
- از گواهی پزشک برخوردار هستید، یا
- اگر دستگاه یا تجهیزات بگونه ای ساخته شده که تنها برای شما مناسب می باشد.

در برخی از موارد، ما مالکیت DME را به شما انتقال می دهیم. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره معیارهای لازم برای واجد شرایط بودن و مدارکی که باید ارائه دهید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

L2. مالکیت DME زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید

در برنامه Original Medicare، افرادی که برخی انواع خاص از DME را اجاره می کنند پس از 13 ماه مالک آنها می شوند. در برنامه Medicare Advantage، طرح می تواند تعداد ماههایی که افراد باید انواع خاص DME را اجاره کنند تا بتوانند مالک آنها شوند را تعیین می کند.

توجه: تعاریف طرح های Original Medicare و Medicare Advantage در فصل 12 ارائه شده اند. شما همچنین می توانید اطلاعات بیشتری درباره آنها را در کتابچه راهنمای Medicare و شما 2021 (Medicare & You 2021) مطالعه کنید. اگر نسخه ای از این دفترچه ندارید، می توانید آن را از وب سایت Medicare (www.medicare.gov) دریافت کنید یا به صورت شبانه روزی و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

در موارد زیر، شما باید 13 پرداخت پیاپی بر اساس Original Medicare انجام دهید، یا شما باید تعداد پرداخت هایی پیاپی که توسط طرح Medicare Advantage تعیین می شود را انجام دهید تا صاحب DME شوید:



- زمانی که عضو بیمه ما بودید صاحب DME مربوطه نشده باشید، و
- شما بیمه ما را ترک کرده و مزایای Medicare خود را از هر برنامه بیمه درمانی دیگری که در برنامه Original Medicare یا طرح Medicare Advantage مشارکت ندارند دریافت کنید.

اگر پیش از ملحق شدن به بیمه ما هزینه ای برای DME مربوطه تحت Original Medicare یا طرح Medicare Advantage پرداخت کرده باشید، آن پرداخت های Original Medicare یا طرح Medicare Advantage به عنوان بخشی از پرداخت هایی که باید پس از ترک بیمه ما انجام شود محسوب نمی شوند.

- شما باید 13 پرداخت پیاپی جدید بر اساس Original Medicare انجام دهید، یا شما باید تعداد پرداخت های پیاپی جدیدی که توسط طرح Medicare Advantage تعیین می شود را انجام دهید تا صاحب DME مربوطه شوید.
- هیچ استثنائی در این مورد برای زمانی که به Original Medicare یا یک طرح Medicare Advantage بر می گردید وجود ندارد.

L3. تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای طرح ما

اگر واجد شرایط دریافت تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare هستید و عضوی از طرح ما هستید، ما موارد زیر را پوشش می دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
 - دریافت اکسیژن و منبع اکسیژن
 - لوله ها و لوازم جانبی مربوطه برای دریافت اکسیژن و منبع اکسیژن
 - تعمیر و نگهداری تجهیزات اکسیژن
- تجهیزات اکسیژن هنگامی که دیگر از نظر پزشکی برای شما لازم نیست یا اگر طرح ما را ترک می کنید، باید به مالک برگردانده شود.

L4. دریافت تجهیزات اکسیژن زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید

وقتی تجهیزات اکسیژن به لحاظ پزشکی ضروری باشند و شما طرح را ترک کنید و بیمه خود را به Original Medicare تغییر دهید، آن را از تأمین کننده به مدت 36 ماه اجاره خواهید کرد. پرداختی های اجاره ماهیانه شما، تجهیزات اکسیژن و خدمات و لوازمی را که در بالا توضیح داده شد، پوشش می دهد.

اگر تجهیزات اکسیژن پس از اینکه 36 ماه آن را اجاره کردید، ضرورت پزشکی داشته باشند:

- تأمین کننده شما باید تجهیزات اکسیژن، منبع ها، و خدمات را برای 24 ماه دیگر تأمین کند.
 - تأمین کننده شما باید تجهیزات اکسیژن و منبع ها را در صورت ضرورت پزشکی تا 5 سال تأمین کند.
- اگر لوازم اکسیژن پس از پایان 5 سال، هنوز هم ضرورت پزشکی داشته باشد:
- تأمین کننده شما دیگر ملزم به تأمین آن نیست و شما می توانید تجهیزات جایگزین را از تأمین کننده دیگری دریافت کنید.



- یک دوره 5 ساله جدید دیگر آغاز می شود.
 - شما از تأمین کننده به مدت 36 ماه اجاره خواهید کرد.
 - آنگاه تأمین کننده شما باید تجهیزات اکسیژن، منبع ها، و خدمات را برای 24 ماه دیگر تأمین کند.
 - تا زمانی که ضرورت پزشکی همچنان وجود داشته باشد، هر 5 سال یک دوره جدید دیگر آغاز می شود.
- وقتی تجهیزات اکسیژن به لحاظ پزشکی ضروری باشند و شما طرح را ترک کنید و بیمه خود را به **Medicare Advantage plan** تغییر دهید، طرح حداقل آنچه را Original Medicare پوشش می دهد، پوشش خواهد داد. شما می توانید از Medicare Advantage plan درباره چگونگی پوشش تجهیزات و ملزومات اکسیژن و اینکه هزینه های شما چقدر خواهد بود سوال کنید.



فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل در مورد خدماتی که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan پوشش داده و هر گونه محدودیت یا ممنوعیت در زمینه آن خدمات و اینکه شما چقدر برای هر یک از خدمات هزینه پرداخت می کنید اطلاعاتی در اختیار شما قرار می دهد. این فصل همچنین درباره انواع مزایایی که تحت پوشش بیمه ما نیستند به شما اطلاع رسانی می کند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه هایی که از جیب خود پرداخت می کنید.....	56
B. قوانین بر ضد ارائه کنندگانی که شما را برای خدمات مجبور به هزینه می کنند.....	56
C. جدول مزایای طرح ما.....	56
D. جدول مزایا.....	58
E. مزایای تحت پوشش در خارج از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	104
E1. برنامه انتقال از جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions) یا به اختصار CCT.....	104
E2. Medi-Cal Dental Program (برنامه دندانپزشکی Medi-Cal).....	104
E3. مراقبت در آسایشگاه بیماری های علاج.....	105
F. خدماتی که توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، Medicare و Medi-Cal پوشش داده نمی شوند.....	106



A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه هایی که از جیب خود پرداخت می کنید

این فصل به شما اطلاعاتی درباره خدماتی که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه آنها را پرداخت می کند ارائه می دهد. همچنین به شما اطلاعاتی درباره اینکه برای هر کدام از خدمات چقدر می پردازید، می دهد. شما همچنین از خدماتی مطلع می شوید که تحت پوشش نیستند. اطلاعات در مورد مزایای دارویی در بخش های C، B و D از فصل 5 ذکر شده اند. این فصل همچنین درباره محدودیت های برخی از خدمات توضیح می دهد.

برای برخی خدمات، هزینه ای از شما مطالبه خواهد شد که باید از جیب خود پرداخت کنید که تعرفه سهم بیمار نامیده می شود. این یک مبلغ ثابت (به طور مثال، \$5) می باشد که شما هر دفعه به هنگام دریافت آن خدمات پرداخت می کنید. شما تعرفه سهم بیمار را به هنگام دریافت خدمات پرداخت می کنید.

اگر برای درک این که چه خدماتی پوشش داده می شوند نیاز به کمک دارید، هفت روز هفته از 8:00 صبح تا 8:00 شب با هدایتگر مراقبتی/بخش مراقبت مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید.

B. قوانین بر ضد ارائه کنندگانی که شما را برای خدمات مجبور به هزینه می کنند

ما به ارائه کنندگان خدمات Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan اجازه نمی دهیم برای خدمات تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر کنند. پرداخت به ارائه کنندگان خدمات به صورت مستقیم توسط ما انجام می شود و بدین ترتیب شما از پرداخت هرگونه هزینه ای بی نیاز هستید. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان خدمات، از قیمت واقعی آن خدمات کمتر باشد باز هم خلی در این امر وارد نخواهد آمد.

شما هیچ وقت نباید از ارائه کنندگان خدمات برای خدمات تحت پوشش صورت حساب دریافت کنید. در صورت دریافت صورت حساب به بخش A از فصل 7 مراجعه کرده یا با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

C. جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا نشان دهنده خدماتی است که هزینه آن ها توسط این طرح بیمه پرداخت می شود. در این جدول دسته بندی خدمات به ترتیب حروف الفبا ذکر شده است و خدمات تحت پوشش شرح داده شده اند.

پرداخت هزینه های مربوط به خدمات مندرج در جدول مزایا توسط ما وابسته به رعایت قوانین ذیل می باشد.

- خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما باید مطابق با قوانین اعلام شده از سوی Medicare و Medi-Cal ارائه شود.
- این خدمات (شامل خدمات مراقبت پزشکی، سلامت رفتاری و اعتیاد، خدمات و پشتیبانی بلند مدت، مواد مصرفی، تجهیزات، و داروها) باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. منظور از ضرورت داشتن از نظر پزشکی این است که شما برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان وضعیت و یا حفظ شرایط سلامتی فعلی خود به خدمات نیاز داشته باشید. این موارد شامل خدماتی است که از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند. خدمات هنگامی از ضرورت پزشکی برخوردار هستند که منطقی بوده و برای محافظت از جان، پیشگیری از بیماری یا ناتوانی شدید، یا کاهش درد شدید لازم باشند.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



- این خدمات از سوی یکی از اعضای شبکه ارائه کنندگان خدمات به شما عرضه می شود. یک ارائه دهنده خدمات شبکه ارائه دهنده خدماتی است که با ما همکاری می کند. در بیشتر موارد، در صورت استفاده شما از خدمات ارائه دهنده غیر شبکه، بازپرداخت هزینه های شما را تقبل نمی کنیم. بخش D از فصل 3، اطلاعات بیشتری را در مورد استفاده از خدمات ارائه کنندگان عضو شبکه و ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه در اختیار شما قرار خواهد داد.
- شما یک ارائه کننده اولیه خدمات (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که به شما خدمات ارائه می دهند و مراقبت های درمانی شما را مدیریت می کنند. در اکثر مواقع، پیش از این که شما بتوانید به فردی که PCP شما نیست مراجعه کرده و یا از خدمات سایر ارائه دهندگان خدمات در شبکه استفاده کنید PCP شما باید به شما یک تأییدیه بدهد. به چنین موافقتی یک ارجاعیه گفته می شود. در بخش D از فصل 3 اطلاعات بیشتری درباره دریافت یک ارجاعیه و اینکه چه زمانی نیاز به یک ارجاعیه وجود دارد، ذکر شده است.
- شما باید از ارائه کنندگان خدمات که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند خدمات درمانی خود را دریافت کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر به بخش D از فصل 3 مراجعه کنید.
- برخی از خدمات فهرست شده در جدول مزایا فقط در صورتی پوشش داده می شوند که پزشک شما یا دیگر ارائه دهنده خدمات ابتدا از ما تأییدیه گرفته باشد. به این تأییدیه قبلی گفته می شود. خدمات تحت پوششی که برای آنها باید ابتدا تأییدیه قبلی گرفت در جدول مزایا با چاپ ایتالیک مشخص شده اند.
- همه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. شما این علامت سیب را 🍏 کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا مشاهده خواهید کرد.
- خدمات Care Plan Optional (CPO) ممکن است در طرح مراقبت فردی شما تحت پوشش قرار گرفته باشند. این خدمات در خانه، خدماتی مانند تهیه غذا بیشتر در اختیار شما قرار دهند، به شما یا پرستار شما کمک کنند یا بواسطه آن دستگیره های دیواری حمام یا سکوی ویلچر برای شما نصب کنند. این خدمات می توانند به شما کمک کنند تا استقلال بیشتری در زندگی داشته باشید اما جایگزین خدمات و پشتیبانی بلند مدتی (LTSS) که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید نمی شوند. نمونه هایی از خدمات CPO که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan در گذشته پیشنهاد داده است شامل موارد زیر است: همکاری با Partners in Care Foundation برای مدیریت پرونده، ارزیابی و خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع و همچنین همکاری با LifeSpring برای ارائه وعده های غذایی درب منزل می باشد. چنانچه نیاز به کمک دارید یا سوالی در خصوص اینکه خدمات CPO چطور می توانند به شما کمک کنند دارید، با Care Navigator خود تماس بگیرید.



D. جدول مزایا

هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	غریبالگری آنوریسم آنورت شکمی* ما هزینه یکبار غریبالگری اولتراسوند را برای افراد در معرض خطر می پردازیم. طرح فقط در صورتی این غریبال گری را پوشش می دهد که عوامل خطرساز خاصی را داشته باشید و برای این غریبال گری توسط پزشک، پزشک یار، پرستار حرفه ای یا پرستار بالینی تخصصی ارجاع داده شده باشید.	
0\$	طب سوزنی برای کمردرد مزمن خدمات تحت پوشش عبارتند از: تا میزان 12 جلسه ویزیت طی 90 روز برای مشمولان طرح Medicare تحت شرایط زیر، پوشش داده می شود: برای این مزایا، تعریف کمردرد مزمن عبارت است از: • 12 هفته یا بیشتر طول بکشد؛ • خاص نباشد، یعنی هیچ دلیل مشخص سیستمیکی ندارد (با بیماری متاستاتیک، التهابی، عفونی و غیره همراه نیست)؛ • مربوط به جراحی نباشد؛ و • مربوط به بارداری نباشد. هشت جلسه اضافی دیگر برای بیمارانی که بهبودی در آنها دیده شده است، تحت پوشش قرار می گیرد. در هر سال، بیش از 20 جلسه طب سوزنی نباید انجام شود. اگر بهبودی در بیمار دیده نمی شود یا بیماری بدتر شده است، درمان باید متوقف شود. مزایا به موجب قراردادی با طرح های بیمه سلامت تخصصی کالیفرنیا در آمریکا (American Specialty Health Plans of California, Inc) ارائه می شود. (ASH Plans). برای دریافت اطلاعات بیشتر یا برای اطلاع از موقعیت مکانی ارائه دهنده ای که در ASH Plans عضو است، می توانید با ASH Plans به شماره [800] 678-9133, [TTY: (877) 710-2746]، از دوشنبه تا جمعه 5 صبح تا 6 بعدازظهر تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید یا برای اطلاع از موقعیت مکانی ارائه دهنده ASH Plans از گزینه جستجوی پزشک (Find a Doctor) در وبسایت www.blueshieldca.com استفاده کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	طب سوزنی ما هزینه تا دو خدمات طب سوزنی سرپایی در هر ماه تقویمی، و یا بیشتر در صورت نیاز از لحاظ پزشکی را پرداخت می کنیم. مزایا به موجب قراردادی با طرح های بیمه سلامت تخصصی کالیفرنیا در آمریکا (American Specialty Health Plans of California, Inc) (ASH Plans) ارائه می شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا برای اطلاع از موقعیت مکانی ارائه دهنده ای که در ASH Plans عضو است، می توانید با ASH Plans به شماره (877) 710-2746 [TTY: (800) 678-9133]، از دوشنبه تا جمعه 5 صبح تا 6 بعدازظهر تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید یا برای اطلاع از موقعیت مکانی ارائه دهنده ASH Plans از گزینه جستجوی پزشک (Find a Doctor) در وبسایت blueshieldca.com استفاده کنید.
0\$	خدمات سلامت از راه دور بیشتر Teladoc مشاوره های پزشکی را از طریق تلفن یا به صورت آنلاین به صورت 24 ساعته و بدون هیچ گونه تعطیلی در سال در اختیار شما قرار می دهد. پزشکان Teladoc می توانند مشکلات اولیه را تشخیص و درمان کنند و برخی داروها را نیز تجویز نمایند. Teladoc یک خدمات تکمیلی است که قرار نیست جایگزین درمانی که از پزشک مراقبت های اولیه خودتان می گیرید شود. لطفاً به حساب کاربری خود در blueshieldca.com/teladoc یا اپلیکیشن Blue Shield of California وارد شوید تا بتوانید وقت بگیرید. اگر سوالی دارید می توانید با Teladoc به شماره [TTY: 711] (1-800-835-2363) 1-800-Teladoc، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته و 365 روز سال تماس بگیرید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	غریبالگری و مشاوره اعتیاد به الکل ما هزینه یک بار غریبال گری سوء مصرف مشروبات الکلی (SBIRT) را برای بزرگسالانی که سوء مصرف الکل داشته ولی به آن وابسته نیستند را می پردازیم. این امر زنان باردار را نیز شامل می شود. اگر نتیجه غریبالگری شما برای سوء مصرف الکل مثبت باشد، می توانید سالانه تا چهار جلسه مشاوره رو در روی کوتاه (اگر طی مشاوره توانا و هوشیار باشید) با یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه با صلاحیت یا با پزشکی که در یک تسهیلات خدمات مراقبتی اولیه عضو است دریافت کنید. درمان های کوتاه معمولاً شامل 1 الی 3 جلسه 15 دقیقه ای می شوند که حضوری، تلفنی یا از طریق روش های درمان از راه دور ارائه می شوند.	
0\$	خدمات آمبولانس خدمات تحت پوشش آمبولانس عبارت از آمبولانس های هوایمایی، بالگرد و زمینی می باشند. آمبولانس شما را به نزدیک ترین مرکز پزشکی که می تواند به شما خدمات ارائه کند منتقل می کند. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی، سلامتی یا جان شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید از سوی ما تایید شود. در موارد غیر اضطراری، ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی، سلامتی یا جان شما را به خطر بیندازد. قوانین دریافت مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	معاینه جسمی سالانه علاوه بر معاینه سالانه سلامت، هر 12 ماه شما برای یک معاینه معمول جسمی تحت پوشش قرار می گیرید. این معاینه شامل یک بررسی جامع از سوابق پزشکی و خانوادگی، معاینه دقیق سرتا پا و سایر خدمات، ارجاعات و توصیه هایی است که ممکن است مناسب باشد. هر هزینه ای مربوط به آزمایشگاه، روش تشخیصی یا سایر انواع خدمات توصیه شده تحت این مزایا پوشش داده نمی شوند و مبلغ سهم هزینه طرح خود را برای هر یک از این خدمات به طور جداگانه پرداخت می کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	ویزیت سالانه سلامت شما می توانید یک بار در سال معاینه کامل شوید. این امر به منظور ایجاد و یا به روزرسانی برنامه پیشگیری و بر اساس عوامل خطر ساز شما صورت می پذیرد. هزینه این کار را هر 12 ماه یک بار می پردازیم.
0\$	اندازه گیری تراکم استخوان ما هزینه های مربوط به آزمون های مشخصی را برای کاربران واجد شرایط (معمولا افرادی که در معرض خطر از دست دادن تراکم استخوان و یا ابتلا به پوکی استخوان قرار دارند) می پردازیم. این آزمون ها تراکم و کیفیت استخوان را مشخص کرده و همچنین از دست رفتن تراکم و کیفیت استخوان را مشخص می کنند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یک بار و در صورت ضرورت پزشکی در مدت زمانی کمتر می پردازیم. ما هزینه گزارش پزشک را هم تقبل می کنیم.
0\$	غربالگری سرطان سینه (ماموگرام) ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • یک ماموگرام پایه بین سنین 35 تا 39 سالگی • ماموگرام غربالگری برای زنان 40 سال به بالا هر 12 ماه یکبار • معاینه بالینی سینه هر 24 ماه یکبار
0\$	خدمات توانبخشی قلبی ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی، مانند ورزش، آموزش و مشاوره را به عهده می گیریم. اعضاء باید واجد برخی شرایط ارجاع پزشک باشند. برنامه های فشرده بازتوانی قلبی هم تحت پوشش ما قرار می گیرند؛ این برنامه ها نسبت به برنامه های بازتوانی قلبی معمول از شدت بیشتری برخوردار هستند. قوانین دریافت مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	 ویزیت کاهش خطر بیماری های قلبی- عروقی (درمان بیماری های قلبی) ما هزینه یک معاینه در سال یا معاینات بیشتر را چنانچه به لحاظ پزشکی نیاز باشد توسط ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما برای کمک در کاهش ابتلاء به بیماری های قلبی را پرداخت می کنیم. طی معاینه پزشک شما می تواند: • در مورد استفاده از آسپرین با شما صحبت کند، • اندازه گیری فشارخون شما، و/یا • شما را در رابطه با تغذیه صحیح راهنمایی کند.
0\$	 آزمون های مربوط به بیماری های قلبی-عروقی هر پنج سال (60 ماه) یک بار هزینه های آزمایش خون جهت تشخیص بیماری های قلبی-عروقی را می پردازیم. این آزمایش ها نواقصی را که خطر بیماری های قلبی را افزایش می دهند نیز جستجو می کنند.
0\$	 غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • برای تمامی زنان: آزمایش های پاپ اسمیر و سرطان رحم هر 24 ماه یک بار • برای خانم هایی که در خطر بالای ابتلا به سرطان رحم یا واژن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یک بار • برای خانم هایی که در خلال 3 سال اخیر یک آزمایش پاپ اسمیر غیر عادی داشته اند، و در سن بچه دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یک بار • برای خانم های 30-65 سال: آزمایش پاپیلوماویروس انسانی (HPV) یا پاپ اسمیر به علاوه آزمایش HPV یکبار در هر 5 سال
0\$	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • جابجایی ستون فقرات جهت اصلاح همخطی



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	غربالگری سرطان های روده و راست روده برای افراد 50 سال و بالاتر هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • سیگمونیئوسکوپی انعطاف پذیر (یا غربالگری تنقیه باریم) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی در مدفوع، هر 12 ماه • - آزمایش خون مخفی در مدفوع یا آزمون ایمونوکمیکال مدفوع، هر 12 ماه • غربالگری روده و راست روده بر مبنای DNA، هر 3 سال • کولونوسکوپی هر ده سال (اما نه در 48 ماه بعد از سیگمونیئوسکوپی غربالگری) • کولونوسکوپی (یا غربالگری باریم انما به عنوان جایگزین) برای افراد دارای ریسک بالای سرطان روده، هر 24 ماه ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS) CBAS یک برنامه خدمات سرپایی در مراکز درمانی است که مردم بر اساس برنامه زمانی در آن شرکت می کنند. خدمات پرستاری ورزیده، خدمات اجتماعی، انواع درمان ها (من جمله کاردرمانی، ورزش و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات در قالب این برنامه عرضه می شود. در صورت واجد شرایط بودن شما برای عضویت در CBAS، ما همه هزینه های آن را می پردازیم. توجه: اگر مراکز CBAS در دسترس نباشد، ما می توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه نماییم. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	مشاوره ترک مصرف دخانیات و تنباکو اگر تنباکو مصرف می کنید ولی نشانه ها و علائم بیماری های مرتبط با تنباکو را ندارید و می خواهید یا نیاز دارید تا آن را ترک کنید: • ما هزینه دو تلاش برای ترک را طی یک دوره 12 ماهه به عنوان یکی از خدمات پیشگیرانه پرداخت می کنیم. این خدمات برای شما رایگان است. هر بار تلاش می تواند تا سقف چهار ویزیت حضوری را شامل شود. - اگر شما تنباکو مصرف می کنید و به بیماری های ناشی از مصرف این ماده مبتلا شده اید، و یا داروهایی مصرف می کنید که تنباکو بر آن ها تاثیر می گذارد: • ما هزینه دو بار مشاوره ترک مصرف را در یک دوره 12 ماهه می پردازیم. هر بار مشاوره می تواند تا سقف چهار ویزیت حضوری را شامل شود. - اگر باردار هستید، می توانید با کسب اجازه قبلی، از جلسات مشاوره ترک مصرف تنباکو به هر تعداد که لازم باشد بهره مند شوید.	
0\$	خدمات دندانپزشکی برخی خدمات دندانپزشکی، مانند جرم گیری، پرکردن، و دندان های مصنوعی از طریق Medi-Cal Dental Program موجود است. برای دریافت اطلاعات بیشتر در اینباره به بخش F مراجعه کنید. Denti-Cal تا سقف 1,800\$ دلار از خدمات را در هر سال تقویمی پوشش می دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر به وب سایت Denti-Cal به آدرس و کتابچه راهنمای دریافت کنندگان خدمات دندانپزشکی California Medi-Cal در www.denti-cal.ca.gov مراجعه کنید. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	غربالگری افسردگی ما هر سال هزینه یک غربالگری افسردگی را می پردازیم. غربالگری باید در محیط مراقبت های اولیه صورت گیرد که می تواند درمان و ارجاع که بعدا نیاز می شود را پوشش دهد.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	غریبالگری دیابت در صورت دارا بودن هر یک از موارد ذیل ما هزینه این غریبالگری (شامل آزمایش قند خون ناشتا) را تحت پوشش قرار می دهیم: • فشار خون بالا (پرفشاری) • سابقه کلسترول و تری گلیسرید غیر عادی (دیس لیپیدمی) • چاقی مفرط • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد خاص مانند اضافه وزن همراه با سابقه خانوادگی دیابت نیز هزینه آزمایشات پرداخت می شود. بسته به نتیجه آزمایش، شما از حداکثر دو آزمون غریبالگری دیابت در هر 12 ماه برخوردار می شوید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	آموزش، خدمات و تجهیزات مورد نیاز برای درمان خود محور (self-management) دیابت هزینه خدمات ذیل برای همه بیماران دیابتی پرداخت می شود (صرف نظر از اینکه آیا انسولین مصرف می کنند): • تجهیزات و مواد مصرفی مورد نیاز برای پایش قند خون ، شامل موارد ذیل: ○ دستگاه اندازه گیری قند خون ○ نوارهای آزمایش قند خون ○ لانتست و سوزن های آن ○ محلول های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای آزمایش و دستگاه های اندازه گیری ○ تولیدکننده برتر در تولید نوارهای تست و دستگاه های کنترل قندخون، Abbott است. برای دریافت نوارهای تست FreeStyle® (ساخت Abbott) و دستگاه های کنترل قندخون نیازی به تأییدیه قبلی از پزشکتان (برخی اوقات تحت عنوان "مجوز قبلی" نامیده می شود) نمی باشد. برای دریافت نوارهای تست و دستگاه های کنترل قندخون ساخت دیگر تولیدکنندگان، نیاز به تأییدیه قبلی از پزشکتان (برخی اوقات تحت عنوان "مجوز قبلی" نامیده می شود) می باشد. • برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، هزینه خدمات ذیل پرداخت می شود: ○ یک جفت کفش طبی قالبی سفارشی (شامل کفی)، شامل به اندازه کردن، دو جفت کفی اضافه در هر سال تقویمی، یا ○ یک جفت کفش عمق (کفش دیابتی)، شامل به اندازه کردن، و سه جفت کفی اضافه در هر سال (بدون احتساب کفی های غیر سفارشی و قابل تعویض که با این کفش ها عرضه می شود) • در برخی موارد ، هزینه آموزش های لازم برای شما پرداخت می شود تا بیماری دیابت تان را بهتر تحت کنترل بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	لوازم پزشکی بادوام (DME) و وسایل مصرفی مربوطه (برای آشنایی با تعریف "تجهیزات پزشکی با طول عمر بالا" به فصل 12 این کتابچه مراجعه کنید.) موارد ذیل تحت پوشش هستند: • صندلی چرخدار • چوب زیربغل • سیستم های تشک برقی • پد فشاری خشک برای تشک • تجهیزات مخصوص افراد دیابتی • تخت های بیمارستانی که توسط یک ارائه دهنده خدمات برای استفاده در منزل سفارش داده می شود • پمپ ها و پایه تزریق وریدی (IV) • پمپ امعایی و تجهیزات مربوطه • دستگاه های تولید گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • بخارکننده (نیولایزر) • واکر • عصای سرخم استاندارد یا چهارپایه و تجهیزات تعویضی • تراکشن گردنی (قابل نصب روی در) • تحریک کننده استخوان • تجهیزات مراقبتی بیماران دیالیزی اقلام دیگری نیز ممکن است تحت پوشش باشد. ما هزینه همه DME های دارای ضرورت پزشکی که Medicare و Medi-Cal معمولاً هزینه آنها را پرداخت می کنند را پرداخت خواهیم کرد. اگر تامین کننده ما در منطقه شما یک محصول دارای نام تجاری یا سازنده خاص را موجود نداشته باشد، می توانید بررسی کنید که آیا آنها می توانند آن شخصاً برای شما سفارش دهند. بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	لوازم پزشکی بادوام (DME) و وسایل مصرفی مربوطه (ادامه) ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
0\$ اگر از یک بیمارستان خارج از شبکه خدمات اضطراری دریافت کنید و پس از تثبیت حالت اضطراری نیاز به مراقبت های بستری در بیمارستان داشته باشید، باید برای این که خدمات تان پوشش داده شود به یک بیمارستان عضو شبکه بروید یا این که طرح، مراقبت بستری شما در بیمارستان خارج از شبکه را تایید کند. اگر اقامت شما مجاز باشد، هزینه شما مشابه همان هزینه ای خواهد بود که در طول اقامت خود در یک بیمارستان شبکه پرداخت می کردید.	مراقبت های اضطراری مراقبت اضطراری به معنای خدماتی است که: • توسط ارائه دهندگان خدمات آموزش دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می شوند، و • مورد نیاز برای مداوای موارد اضطراری پزشکی می باشد. یک مورد اضطراری پزشکی موردی با درد شدید یا جراحی جدی است. در این حالت، وضعیت به قدری بحرانی است که اگر فوراً مراقبت های پزشکی به عمل نیاید، هر فردی با آگاهی متوسط در زمینه سلامتی و پزشکی می تواند انتظار موارد زیر را داشته باشد: • سلامت بیمار در معرض خطر جدی قرار گیرد؛ یا • آسیب جدی به عملکرد بدن وارد شود؛ یا • اختلال شدید در عملکرد ارگان یا اعضای حیاتی بدن ایجاد شود؛ یا • در مورد یک زن باردار در حال زایمان به شکلی که ممکن است یکی از شرایط ذیل رخ دهد: ○ زمان کافی برای انتقال بی خطر شما به یک بیمارستان دیگر وجود ندارد. ○ انتقال به یک بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و ایمنی شما یا نوزاد به دنیا نیامده شما را به خطر بیندازد. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan برای خدمات اورژانسی مورد نیاز دریافت شده در هر سال تقویمی در خارج از ایالات متحده تا سقف \$25,000 هزینه های شما را پرداخت خواهد کرد. ما فقط وقتی هزینه انجام شده توسط شما را بازپرداخت می کنیم که خدماتی که دریافت کرده اید با معیارهای مراقبت اورژانسی که در بالا ذکر شد، مطابقت داشته باشد. برای دریافت اطلاعات بیشتر، بخش پوشش اورژانسی و فوریتی در سطح جهان در پایان این جدول را مطالعه کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$ پرداخت مشترک (تعرفه سهم بیمار) برای خدمات پزشکی و تشخیصی. برای اقلام نسخه ای، تعرفه سهم بیمار برای نسخه ممکن است اعمال شود.	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می دهد به دلخواه خود هر ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده را که مایل هستید انتخاب کنید. این بدان معناست که محدودیتی در انتخاب پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه و یا مرکز تنظیم خانواده وجود ندارد. ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • معاینات و درمان های مربوط به تنظیم خانواده • آزمون های تشخیصی و آزمایشگاهی تنظیم خانواده • روش های برنامه ریزی خانواده (IUD، ایمپلنت ها، تزریق ها، قرص های کنترل بارداری، بالشتک یا حلقه) • لوازم تنظیم خانواده با تجویز پزشک (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کپ) • مشاوره و تشخیص ناباروری، و خدمات مرتبط • مشاوره، تست و درمان عفونت های مقاربتی (STI ها) • مشاوره و تست برای HIV و AIDS و سایر بیماری های مرتبط با HIV • پیشگیری از بارداری دائمی (برای انتخاب این روش برنامه ریزی خانواده باید سن شما 21 سال یا بیشتر باشد. شما باید یک فرم رضایت نامه نازائی فدرال را حداقل 30 روز، اما نه بیش از 180 روز قبل از تاریخ جراحی، امضا کنید). • مشاوره ژنتیک ما هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را هم می پردازیم. با این وجود شما باید جهت استفاده از خدمات ذیل به یکی از ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه کنید: • درمان های پزشکی ناباروری (این خدمات شیوه های مصنوعی باردار شدن را شامل نمی شود). • درمان ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • آزمایش های ژنتیک	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	برنامه های آموزش سلامت و تندرستی ما برنامه های گوناگونی داریم که پیرامون بیماری های خاص طراحی شده اند. مثالهایی از این موارد عبارتند از: • کلاس های آموزش بهداشت؛ • کلاس های آموزش تغذیه؛ • ترک استعمال دخانیات و تنباکو؛ و • خط کمک پرستاری Blue Shield of California Promise Health Plan Nurse Advice Line با بکارگیری پرستاران دارای پروانه رسمی آماده پاسخگویی به سوالات شما به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می باشد. برای دسترسی به خط مشاوره پرستاری (Nurse Advice Line) با شماره (800) 609-4166 (TTY: 711) تماس بگیرید. پرستاران از طریق تلفن به منظور پاسخگویی به سوال های عمومی در زمینه سلامت و راهنمایی در خصوص منابع دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر در دسترس هستند. با استفاده از Nurse Advice Line، اعضاء می توانند خلاصه مکالمه خود با پرستار مربوطه را از طریق ایمیل دریافت کنند که شامل همه اطلاعات و لینک های مربوط به ارجاع آسان می باشد.	
0\$	عضویت در باشگاه سلامت و کلاس های تناسب اندام SilverSneakers®Fitness ورزش، آموزش و فعالیت های اجتماعی با دسترسی به: • هزاران مرکز تناسب اندام در سراسر کشور که می توانید در هر زمان از آنها استفاده کنید. • تجهیزات تمرین و کلاس های SilverSneakers. • رویدادها و فعالیت های اجتماعی. • کلاس های SilverSneakers FLEXTM مانند یوگا، رقص لاتین و تای چی. • با SilverSneakers Life انگار که در کلاس هستید بدون اینکه منزل را ترک کرده باشید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	خدمات شنوایی ما هزینه آزمون های شنوایی و نیز تعادلی انجام شده توسط ارائه دهنده خدمات شما را می پردازیم. این آزمایش ها نیاز شما به درمان های پزشکی را مشخص می کنند. در صورت استفاده از پزشک، متخصص شنوایی سنجی و یا دیگر سرویس دهندگان واجد شرایط، هزینه های مربوطه به عنوان درمان سرپایی محسوب می شوند. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مزایای کمک شنوایی برای هر دو گوش را به صورت توام در هر سال مالی (1 ژانویه - 31 دسامبر) تا سقف \$2,000 را پوشش می دهد. مزایای کمک شنوایی عبارتند از: • سمک ها • قالب ها • تجهیزات مخصوص اصلاح و تعدیل • تجهیزات جانبی علاوه بر مزایای تکمیلی فوق، Medi-Cal مزایای کمک شنوایی در هر سال مالی را (1 ژوئیه - 30 ژوئن) تا سقف \$1,510 پوشش می دهد. اگر باردار هستید و یا در یک مرکز پرستاری زندگی می کنید، ما هزینه لوازم کمک شنوایی را هم به شرح ذیل می پردازیم: • قالب گیری، لوازم مصرفی و نصب • تعمیراتی که بیش از \$25 هزینه برای هر تعمیر نیاز داشته باشد • اولین باتری نصب شده • شش ویزیت برای آموزش، اصلاح، و نصب، پس از دریافت لوازم کمک شنوایی، با همان فروشنده • دوره آزمایشی استفاده از لوازم کمک شنوایی ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	غربالگری برای HIV ما هر 12 ماه یکبار هزینه یک آزمون غربالگری HIV را برای افراد ذیل پرداخت می کنیم: • درخواست آزمایش غربالگری HIV، یا • افرادی که در معرض خطر مضاعف ابتلا به HIV هستند. برای زنان باردار ما هزینه حداکثر 3 آزمون غربالگری HIV را در طول بارداری تقبل می کنیم.	
0\$	مراقبت های سلامتی در خانه توسط یک سازمان پیش از دریافت خدمات مراقبت در خانه، یک پزشک باید نیاز شما به این خدمات را به ما اعلام کند و سپس بنگاه مراقبت در خانه این خدمات را ارائه کند. ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • خدمات کمکی سلامتی یا پرستاری حرفه ای نیمه وقت یا موقت (تحت عنوان مزایای مراقبت سلامت در خانه پوشش داده می شود. خدمات کمکی سلامتی یا پرستاری حرفه ای شما باید در کل کم تر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
شما 0\$ برای هر جلسه ویزیت تحت پوشش، جهت تزریقات در منزل پرداخت می کنید.	تزریقات در منزل ما هزینه های مربوط به تزریقات در منزل را پرداخت خواهیم کرد، تزریقات به معنی تزریق داروها یا مواد بیولوژیکی است که باید داخل ورید یا زیر پوست تزریق شود و در منزل به شما ارائه می شود. موارد زیر برای انجام تزریقات لازم است: • دارو یا ماده بیولوژیکی، مثل آنتی ویروس یا ایمونوگلوبولین؛ • تجهیزاتی مثل پمپ؛ و • مواد مصرفی مانند لوله یا سوند. ما خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می دهیم: • خدمات حرفه ای از جمله خدمات پرستاری، که طبق طرح خدمات درمانی شما ارائه می شود؛ • آموزش اعضا و آموزش هایی که قبلاً شامل مزایای DME نبوده است؛ • نظارت از راه دور؛ و • خدمات نظارتی برای ارائه تزریقات در منزل و داروهای تزریق در منزل که زیر نظر یک ارائه دهنده خدمات تزریقات واجد شرایط ارائه می شود. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
شما برای هر خدمات تحت پوشش تحویل غذا در منزل 0\$ پرداخت خواهید کرد.	تحویل غذا در منزل در هنگام ترخیص از بیمارستان پس از بستری شدن یا اقامت در مرکز پرستاری حرفه ای (SNF)، ما موارد زیر را پوشش می دهیم: • 22 وعده غذایی و 10 میان وعده در هنگام ترخیص • وعده های غذایی و میان وعده ها تا سه مرحله جداگانه ارسال بر حسب ضرورت تقسیم می شوند. • این پوشش به دوبار ترخیص در سال محدود می شود. برای اطلاعات بیشتر می توانید با مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید (شماره های تماس در پشت این کتابچه چاپ شده است).



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج می توانید از خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare استفاده کنید. در صورتی که ارائه دهنده خدمات تان و مدیر امور پزشکی آسایشگاه بیماری های لاعلاج تشخیص دهند که شما مبتلا به بیماری لاعلاجی هستید، شما حق دارید که اقامت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج را انتخاب کنید. یعنی باید بیماری لاعلاجی داشته باشید و انتظار بروود که بیش از شش ماه زنده نمانید. پزشک آسایشگاه شما می تواند عضو شبکه و یا خارج از شبکه باشد. طرح طی دورانی که خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج دریافت می کنید موارد زیر را پوشش می دهد: • داروهای مورد نیاز جهت درمان درد و دیگر نشانه های بیماری • مراقبت های استراحتی کوتاه مدت (respite) • مراقبت خانگی بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج (ادامه) هزینه های خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج و خدمات تحت پوشش بخش A یا B از Medicare از Medicare مطالبه می شوند. • برای دریافت اطلاعات بیشتر به بخش F در این فصل مراجعه کنید. • زمانی که در یک آسایشگاه بیماری های لاعلاج تایید شده از سوی بخش A و B از Medicare به سر می برید، هزینه خدمات مرتبط با بیماری لاعلاج شما از سوی Medicare پرداخت می شود. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه این خدمات را پرداخت نمی کند. برای خدماتی که تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بوده اما تحت پوشش بخش A یا B از Medicare نیستند: • Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan آن دسته از خدمات تحت پوشش طرح که در Medicare قسمت A یا B پوشش داده نمی شوند را تحت پوشش قرار می دهد. این طرح خدمات را صرفنظر از ارتباط با عدم ارتباط آن ها با پیش بینی بیماری لاعلاج شما پوشش می دهد. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید. برای داروهایی که ممکن است تحت مزایای بخش D از Medicare مورد پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قرار گیرند: • داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش های C، B و D از فصل 5 مراجعه کنید. توجه: اگر به خدماتی به غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج نیاز داشته باشید، باید با Care Navigator خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. مراقبت های غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج ربطی به پیش بینی بیماری لاعلاج شما ندارند. برای صحبت با هدایتگر مراقبتی خود، با بخش مراقبت مشتریان با شماره تلفن ذکر شده در پائین این صفحه تماس بگیرید و گزینه هدایتگر مراقبتی (Care Navigator) را انتخاب کنید. بیمه ما هزینه مشاوره آسایشگاه (فقط یک بار) را برای یک بیمار مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای مرکز درمانی را انتخاب نکرده است پوشش می دهد.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	واکسن ها  ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • واکسن ذات الریه • واکسن آنفولانزا، در هر فصل آنفولانزا در پایین و زمستان یک واکسن، به همراه واکسن های آنفولانزای اضافی چنانچه از نظر پزشکی مورد نیاز باشد • واکسن هیپاتیت ب در صورتی که در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هیپاتیت ب باشید • سایر واکسن ها، به شرطی که شما در معرض خطر باشید و این واکسن ها با قوانین پوشش خدمات در Medicare Part B همخوانی داشته باشد ما هزینه سایر واکسن هایی که با قوانین پوشش خدمات در بخش Medicare D همخوانی دارند را می پردازیم. برای دریافت اطلاعات بیشتر، بخش H از فصل 6 را مطالعه کنید. ما همچنین کلیه واکسن های مربوط به بزرگسالان را طبق توصیه کمیته مشورتی روشهای ایمن سازی (Advisory Committee on Immunization Practices) یا به اختصار (ACIP) پرداخت می کنیم.	
0\$ برای ادامه دریافت خدمات بستری در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از اینکه حالت اضطراری شما به وضعیت تثبیت رسید، باید از بیمه تاییدیه دریافت کنید.	مراقبت بستری در بیمارستان ما هزینه خدمات زیر، و برخی خدمات پزشکی ضروری دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی خصوصی) • وعده های غذایی، شامل رژیم های غذایی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه واحد های مراقبت های ویژه از جمله ICU و CCU • تست های آزمایشگاهی • تست های آزمایشگاهی • لوازم مصرفی مورد نیاز جراحی و پزشکی • لوازم مصرفی مورد نیاز جراحی و پزشکی بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$ برای ادامه دریافت خدمات بستری در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از اینکه حالت اضطراری شما به وضعیت تثبیت رسید، باید از بیمه تاییدیه دریافت کنید.	مراقبت بستری در بیمارستان (ادامه) • وسایلی همچون صندلی چرخدار • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات بستری برای اختلال اعتیاد • در برخی موارد، این پیوندها: قرنیه، کلیه، / پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/ چند احشایی. در صورت نیاز به پیوند عضو، یک مرکز پیوند عضو تایید شده از سوی Medicare پرونده شما را بررسی نموده و در مورد نیاز شما به پیوند اعضاء تصمیم می گیرد. ارائه کنندگان خدمات پیوند اعضاء می توانند در محدوده پوشش بیمه و یا خارج از آن باشند. در صورت موافقت ارائه کنندگان محلی خدمات پیوند اعضاء با نرخ پیشنهادی Medicare، شما می توانید خدمات مذکور را به صورت محلی و یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید. اگر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خدمات پیوند را خارج از الگوی مراقبت ها برای جامعه ما ارائه دهد و شما تصمیم بگیرید که عمل پیوند خود را آنجا انجام دهید، ما ترتیب محل اقامت شما را خواهیم داد یا هزینه آن را و هزینه سفر شما و یک شخص همراهتان را پرداخت خواهیم کرد. • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • خدمات پزشک ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	خدمات درمانی بهداشت روانی با بستری ما هزینه خدمات درمانی اختلالات روانی نیازمند به بستری در بیمارستان را می پردازیم. • در صورت نیاز به خدمات بستری در بیمارستان های روانپزشکی مستقل، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از این مدت، بنگاه بهداشت روانی محلی کانتی هزینه خدمات بستری روانپزشکی را در صورت ضرورت پزشکی خواهد پرداخت. مراقبت های طولانی تر از 190 روز باید با موسسه بهداشت روانی محلی کانتی هماهنگی شود. ○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان های عمومی اعمال نمی شود. • در صورتی که 65 سال و یا بیشتر سن داشته باشید، ما هزینه خدماتی که شما در مراکز امراض روانی (IMD) دریافت می کنید را خواهیم پرداخت. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	بستری شدن در بیمارستان: خدمات تحت پوشش در یک بیمارستان و یا مرکز پرستاری حرفه ای (SNF) در طول اقامت به روش بستری که تحت پوشش نمی باشد اگر دوره بستری شما منطقی و به لحاظ پزشکی لازم نباشد، ما هزینه آن را پرداخت نخواهیم کرد. با این وجود، در برخی مواردی که مراقبت از بیمار بستری تحت پوشش نیست، ممکن است هزینه خدماتی که طی اقامت خود در بیمارستان یا مراکز پرستاری دریافت می کنید را پرداخت کنیم. برای دریافت اطلاعات بیشتر با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • خدمات پزشکی • آزمایش های تشخیصی، مانند آزمون های آزمایشگاهی • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین • لوازم جراحی مصرفی مانند پانسمان ها • اسپلینت، قالب گچ و سایر تجهیزات مورد استفاده در شکستگی و در رفتگی • وسایل اندام ساختگی و ارتوپدی، به غیر از وسایل دندانپزشکی، من جمله جایگزینی یا تعمیر آنها. این موارد عبارتند از: ○ جایگزینی تمام یا بخشی از اعضای داخلی بدن (شامل بافت های مجاور هم می شود)، یا ○ جایگزینی همه یا بخشی از یک عضو نارسا یا از کار افتاده داخلی بدن. • پا، بازو، پشت، و گردن بند، فتق بند، و پا، بازو، و چشم مصنوعی. این شامل تنظیم، تعمیر، و در صورت نیاز به دلیل شکستگی، فرسودگی، گم شدن، یا تغییر در شرایط بیمار، جایگزینی آن ها می شود • ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را می پردازیم ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	خدمات و لوازم مصرفی بیماری های کلیوی ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • خدمات آموزشی مربوط به بیماری های کلیوی جهت آموزش مراقبت از کلیه ها و نیز کمک به اعضای طرح برای تصمیم گیری صحیح در مورد خدمات . شما باید به بیماری مزمن کلیوی مرحله 4 مبتلا بوده و از سوی پزشک ارجاع شده باشید. ما هزینه شش جلسه آموزش بیماری های کلیوی را پرداخت میکنیم. • دیالیز سرپایی، که شامل درمان های دیالیز می شود، در صورتی که موقتاً از محدوده تحت پوشش بیمه خارج باشد، همان طور که در ، بخش D از فصل 3 توضیح داده شده است • درمان های دیالیز در مواقعی که برای مراقبت های ویژه در بیمارستان بستری شده اید • آموزش های خود دیالیزی، شامل آموزش انجام درمان های دیالیزی در خانه به شما و سایر بستگانی که به شما کمک می کنند • تجهیزات و لوازم مصرفی دیالیز خانگی • برخی خدمات پشتیبانی خانگی مانند ویزیت های ضروری کارکنان آموزش دیده دیالیز برای بررسی وضعیت دیالیز شما در خانه، برای کمک در مواقع اضطراری و نیز برای بررسی تجهیزات دیالیز و وضعیت آب مصرفی. مزایای دارویی طرح بخش Medicare B شما هزینه برخی از داروهای دیالیز را می پردازد. برای کسب اطلاعات، لطفاً به "داروهای نسخه ای بخش B از Medicare" در این جدول مراجعه کنید. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$	غریبالگری سرطان ریه طرح در موارد زیر هزینه غریبالگری سرطان ریه در هر 12 ماه را پوشش می دهد: • سن شما بین 55-80 سال باشد، و • یک ویزیت مشاور و تصمیم گیری مشترک با پزشک یا یک ارائه کننده خدمات مجاز دیگر داشته باشید، و • برای مدت 30 سال روزانه حداقل 1 بسته سیگار را بدون هیچگونه علانم یا نشانه های سرطان ریه کشیده باشید یا هم اکنون سیگاری بوده و یا در خلال 15 سال اخیر کشیدن سیگار را ترک کرده باشید. پس از اولین غریبالگری، طرح هر ساله با یک دستورالعمل کتبی از سوی پزشک یا ارائه دهنده مجاز دیگر، هزینه یک غریبالگری دیگر را پرداخت می کند. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	تغذیه درمانی پزشکی این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری های کلیوی بی نیاز از دیالیز مبتلا هستند. همچنین برای دوره پس از پیوند کلیه در زمانی است که توسط پزشک تان معرفی شده باشد. ما هزینه سه ساعت مشاوره حضوری طی اولین سال دریافت خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت Medicare را پرداخت می کنیم. (طرح درمانی ما، و طرح های Medicare Advantage، و Medicare شامل این پوشش می شود.) دریافت خدمات اضافی در صورت تشخیص ضرورت پزشکی، تأیید خواهند شد. ما هر سال پس از آن تاریخ هزینه دو ساعت خدمات مشاوره حضوری را پرداخت می کنیم. اگر شرایط درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید با ارجاعیه از پزشک خود ساعات درمان بیشتری دریافت کنید. یک پزشک باید این خدمات را تجویز کند و ارجاعیه خود را هر سال در صورتی که درمان در سال بعدی لازم باشد، تمدید کند. دریافت خدمات اضافی در صورت تشخیص ضرورت پزشکی، تأیید خواهند شد. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare طرح هزینه خدمات MDPP را پرداخت می کند. MDPP بگونه ای طراحی شده است که به شما در افزایش رفتار سالم خود کمک کند. این برنامه آموزش هایی عملی را در این زمینه ها ارائه می کند: • تغییر طولانی مدت در رژیم غذایی، و • افزایش فعالیت بدنی، و • راه هایی برای حفظ کاهش وزن و داشتن یک سبک زندگی سالم. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



0\$	داروهای نسخه ای Medicare بخش B این داروها تحت پوشش بخش Medicare B می باشند. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه داروهای زیر را پرداخت می کند: • داروهایی که شما به صورت معمول مصرف نمی کنید و به هنگام استفاده از خدمات پزشک، درمان های سرپایی بیمارستانی و یا خدمات سیار و مراکز جراحی سرپایی به شما تزریق می شود • داروهایی که با استفاده از لوازم پزشکی با طول عمر بالا مصرف می کنید (مانند نیولایزر) که مورد تایید طرح هستند • فاکتورهای انعقاد خونی که در صورت ابتلا به هموفیلی مصرف می کنید • داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی بدن، در صورتی که به هنگام پیوند عضو مشمول Medicare Part A بوده باشید • داروهای تزریقی پوکی استخوان. هزینه این داروها به شرطی پرداخت می شود که خانه نشین بوده و یا شکستگی استخوانی داشته باشید که به گواهی پزشک ناشی از پوکی استخوان بعد از پائستگی است و خودتان نمی توانید دارو را تزریق کنید • آنتی ژن ها • برخی داروهای خوراکی ضد سرطان و ضد تهوع • برخی داروهای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، ضد هپارین (در صورت ضرورت پزشکی)، بی حسی موضعی، و عوامل تحریک کننده تولید سلول های قرمز خون (مانند اپوزن، پروکیت، یا آرانسپ®) • گلوبولین ایمنی IV برای درمان خانگی بیماریهای نقص ایمنی اولیه. ما همچنین برخی از واکسن ها را به موجب مزایای داروهای نسخه ای Medicare خود بخش B و بخش D تحت پوشش قرار می دهیم. در فصل 5 مزایای داروهای نسخه ای سرپایی شرح داده شده اند. قوانینی که باید برای پوشش نسخه ها رعایت کنید در این فصل شرح داده شده است. فصل 6 به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می دهد.
-----	--



0\$	برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP) MSPP یک برنامه مدیریت موردی است که به افراد واجد شرایط Medi-Cal خدمات مبتنی بر منزل و جامعه (HCBS) ارائه می دهد. برای برخورداری از این خدمات باید 65 سال یا بیشتر داشته باشید، در محدوده پوشش مرکز مربوطه زندگی کنید، محدودیت های هزینه ای MSSP را بپذیرید، برای طرح های مدیریت خدمات واجد شرایط باشید، در حال حاضر واجد شرایط Medi-Cal باشید و گواهی بستری در مراکز پرستاری را داشته باشید و یا بتوانید دریافت کنید. خدمات MSSP عبارتند از: • مراقبت روزانه بزرگسالان/مرکز پشتیبانی • کمک های خانگی • همکاری در زمینه امور شخصی و روزمره • نظارت حمایتی • مدیریت خدمات • استراحت • ایاب و ذهاب • خدمات وعده های غذایی • خدمات اجتماعی • خدمات ارتباطی این مزایا سالانه تا سقف \$5,356.25 در سال پوشش داده می شوند. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
-----	---	--



0\$	حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری این مزایا استفاده از به صرفه ترین و فراهم ترین انواع ایاب و ذهاب را امکان پذیر می کند. ممکن است این شامل موارد زیر شود: آمبولانس، وسیله نقلیه مجهز انتقال بیمار، خدمات حمل و نقل پزشکی صندلی چرخدار و هماهنگی با پاراترانزیت. انواع مختلف ایاب و ذهاب زمانی تایید می شود که: • وضعیت پزشکی و/یا جسمانی شما اجازه سفر با اتوبوس، خودروی سواری، تاکسی یا انواع وسایل نقلیه عمومی شخصی را ندهد، و • حمل و نقل برای دریافت مراقبت های پزشکی ضروری، لازم است. بر اساس نوع خدمات، ممکن است نخست نیاز به دریافت تاییدیه باشد. امکان استفاده از این سرویس با تماس گرفتن با تلفن 1-877-433-2178 (TTY 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته مهیا می باشد. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
-----	---	--



0\$	حمل و نقل غیرپزشکی این مزایا زمینه رفت و آمد به محل خدمات پزشکی را با استفاده از خودروی سواری، تاکسی و سایر وسایل حمل و نقل عمومی و شخصی فراهم می سازد. این مزایا ارتباطی با مزایای ایاب و ذهاب پزشکی غیر اضطراری شما ندارد. ما ایاب و ذهاب به روش رفت و برگشت به تعداد نامحدود برای ارائه خدمات پزشکی ضروری تحت پوشش شامل (اما نه محدود به) موارد زیر را ارائه می کنیم: • ویزیت های عادی و منظم به پزشک یا متخصص • داروخانه ها برای دریافت آندسته داروهای تجویزی که نمی توانند مستقیماً برای شما ارسال شوند • دریافت ملزومات پزشکی، تجهیزات پروتز، ارتوپدی و سایر تجهیزات • خدمات سلامت روانی تخصصی، خدمات اختلال مصرف مواد، خدمات Denti-Cal و سایر خدمات ارائه شده توسط برنامه های دولتی یا ایالتی. در موارد خاص Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan حتی هزینه های بنزین خودروی یک دوست یا عضو خانواده را که شما را با ماشین خود به خدمات و یا مکان تحت پوشش می برد، بر اساس میزان مسافت پیموده شده توسط وی بازپرداخت خواهد کرد. بازپرداخت هزینه ها تنها زمانی اتفاق خواهد افتاد که روشهای دیگر حمل و نقل منطقی در دسترس نباشد. شما نمی توانید خودتان وظیفه رانندگی را به عهده بگیرید و اگر فکر می کنید یک دوست یا یک عضو خانواده مجبور خواهند بود تا از ماشین خود برای بردن شما به خدمات و مکان های تحت پوشش استفاده کنند، لطفاً قبل از سفر خود با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس گرفته و برای اینکار درخواست تأییدیه کنید. امکان استفاده از این سرویس با تماس گرفتن با تلفن 1-877-433-2178 (TTY 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته مهیا می باشد. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
-----	--	--



0\$	مراقبت در مراکز پرستاری مرکز پرستاری (NF) محلی برای ارائه خدمات مراقبتی برای افرادی است که در خانه امکان مراقبت از آن ها نیست اما نیازی به بستری در بیمارستان هم ندارند. خدماتی که ما هزینه آنها را پرداخت می کنیم شامل موارد زیر، اما نه محدود به آنها، می شوند: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی خصوصی) • وعده های غذایی، شامل رژیم های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی تان مصرف می کنید. (شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند فاکتورهای انعقاد خون.) • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • آزمون های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می شوند • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • خدمات پزشک • لوازم پزشکی با طول عمر بالا • خدمات دندانپزشکی، شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی سنجی بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد	
-----	--	--



0\$	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) • آزمونه‌های شنوایی سنجی • خدمات کایرو پراکتیک و جابجایی ستون فقرات • خدمات پا درمانی شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از تسهیلات عضو شبکه دریافت می کنید. با این وجود می توانید این خدمات را از مراکز غیر عضو نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز ذیل، می توانید خدمات مورد نیاز خود را از آن ها دریافت کنید: • خانه پرستاری سالمندان و یا خانه بازنشستگان تحت پایش، که دقیقاً پیش از بستری در بیمارستان در آن جا زندگی می کرده اید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد). • مرکز پرستاری که همسران به هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آن زندگی می کند. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	غریب‌گری چاقی مفرط و درمان های مورد نیاز جهت پایین نگه داشتن وزن در صورتی که توده بدنی (BMI) شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه های مشاوره مربوط به کاهش وزن را خواهیم پرداخت. شما باید مشاوره را در یک مرکز مراقبت های اولیه دریافت کنید. بدین ترتیب می توانید آن را با برنامه کامل پیشگیرانه خود ادغام کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر با ارائه دهنده مراقبت های اولیه خدمات خود صحبت کنید.	
0\$	خدمات برنامه درمان مواد افیونی این طرح هزینه خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد شبه افیونی که در زیر آمده است را پرداخت خواهد کرد: • داروهای تأییدشده توسط سازمان غذا و داروی امریکا (FDA) و در صورت مصداق، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره سوء مصرف مواد مخدر • درمان گروهی و فردی • آزمایش وجود مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم شناسی)	



0\$	آزمون های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم مصرفی درمانی ما هزینه خدمات زیر، و برخی خدمات پزشکی ضروری دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • عکس برداری با اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین • لوازم جراحی مصرفی مانند پانسمان ها • اسپلینت، قالب گچ و سایر تجهیزات مورد استفاده در شکستگی و در رفتگی • تست های آزمایشگاهی • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • سایر آزمون های تشخیصی سرپایی ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	معاینه بیمارستانی بیمار سرپایی خدمات معاینه ای نوعی خدمات مربوط به بیماران سرپایی هستند که به افراد مربوطه به منظور تعیین نیاز به بستری یا ترخیص به آنها ارائه می شود. برای اینکه هزینه خدمات معاینه بیمارستانی بیمار سرپایی تحت پوشش قرار بگیرد، این خدمات باید با معیارهای Medicare مطابقت داشته و منطقی و ضروری به شمار آیند. خدمات معاینه ای تنها زمانی تحت پوشش قرار می گیرند که بواسطه دستور پزشک با فرد دیگری که توسط قانون اعطای مجوز کشوری و آیین نامه های کارکنان بیمارستان برای پذیرش بیماران در بیمارستان یا تجویز آزمایش برای بیماران سرپایی مورد تأیید قرار گرفته باشد. توجه: تا زمانی که تأمین کننده شما دستوری مبنی بر پذیرش شما به عنوان یک بیمار بستری در بیمارستان ننوشته باشد، شما یک بیمار سرپایی به حساب می آیید و می بایست سهم خود از هزینه های مربوط به خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی را پرداخت کنید. حتی اگر شب را در بیمارستان سپری کنید، همچنان ممکن است یک "بیمار سرپایی" به شمار بیایید. اگر مطمئن نیستید که بیمار سرپایی هستید، باید از کارکنان بیمارستان سوال کنید.	



0\$	خدمات سرپایی بیمارستانی هزینه های خدمات ضروری پزشکی که شما در بخش سرپایی بیمارستان به منظور تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می کنید پرداخت می شود، نظیر: • خدمات بخش اضطراری یا کلینیک سرپایی، مانند جراحی سرپایی یا خدمات معاینه ای ○ خدمات معاینه ای به پزشک شما کمک می کنند تا تصمیم بگیرد که آیا به پذیرش شما به عنوان یک "بیمار بستری" در بیمارستان نیاز هست. ○ گاهی اوقات ممکن است شب را در بیمارستان سپری کنید با این حال یک بیمار "سرپایی" به شمار بیاید. ○ برای دریافت اطلاعات بیشتر در خصوص شرایط مربوط به بیمار بستری یا سرپایی به گزارش برگ زیر مراجعه کنید: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • آزمون های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان برای آنها درخواست هزینه می کند • خدمات روانپزشکی شامل مراقبت های مربوط به طرح نیمه بستری، به شرطی که پزشک گواهی کند که بدون استفاده از این طرح به بستری نیاز خواهد بود • عکس برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آن ها از سوی بیمارستان درخواست می گردد • لوازم پزشکی مانند اسپلینت و قالب گچ • غربالگری های پیشگیرانه و خدمات ذکر شده در جدول مزایا • برخی داروها که خودتان نمی توانید برای خودتان بکار ببرید ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
-----	--	--



0\$	مراقبت های بهداشت روانی سرپایی ما هزینه های مربوط به خدمات روانپزشکی ارائه شده توسط مراکز ذیل را می پردازیم: • یک روانپزشک یا پزشک دارای گواهی ایالتی • یک روان شناس بالینی • یک مددکار اجتماعی بالینی • یک پرستار بالینی متخصص • یک کارور پرستار • یک دستیار پزشک • سایر متخصصین سلامت روانی مورد تایید Medicare آنطور که در قوانین مرتبط ایالتی تشریح شده است ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • خدمات بالینی • خدمات درمانی روزانه • خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی • بستری نیمه وقت/طرح های سرپایی شدید • ارزیابی و درمان بهداشت روانی فردی و گروهی • آزمایش های روانشناسی در صورتی که از لحاظ بالینی نشانگر نتایج ارزیابی بهداشت روانی باشند • خدمات سرپایی به منظور پایش دارو درمانی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات سرپایی • مشاوره روانپزشکی ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
-----	---	--



0\$	خدمات توانبخشی سرپایی ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را می پردازیم. شما می توانید خدمات بازتوانی سرپایی را از بخش های سرپایی بیمارستان، مطب درمانگر های مستقل، مراکز تخصصی بازتوانی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. خدمات توانبخشی کاردیاک (قلبی) حداکثر برای 2 جلسه یک ساعته در روز تا 36 جلسه و 36 هفته پوشش داده می شوند. ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
0\$	خدمات سرپایی درمان سوء مصرف مواد ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل • درمان اعتیاد • درمان گروهی یا فردی توسط متخصص واجد شرایط • سم زدایی تحت حاد طی برنامه بستری ترک اعتیاد • خدمات الکل و مواد مخدر در مرکز درمان سرپایی متمرکز • درمان با نالترکسون (ویوترویل) آهسته رهش ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
0\$	جراحی سرپایی ما هزینه جراحی سرپایی را در بخش جراحی های سرپایی بیمارستان و نیز مراکز جراحی های سرپایی می پردازیم. ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



0\$	اقدام بدون نیاز به نسخه (OTC) شما مجاز به دریافت کمک هزینه سه ماهه 120\$ برای داروها و لوازم بدون نیاز به نسخه (OTC) هستید. مواردی مانند آسپرین، ویتامین ها، داروهای سرماخوردگی و سرفه و بانداز تحت این مزایا قرار می گیرند. مواردی مانند مواد آرایشی و مکمل های غذایی تحت پوشش این مزایا قرار نمی گیرد. فهرست داروهای بدون نسخه (OTC) و دستورالعمل های سفارش در وبسایت به آدرس زیر در دسترس است: www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. شما می توانید این موارد را از طریق تماس با شماره های (TTY: 711) 1-888-628-2770، دوشنبه تا جمعه بین ساعت 9 صبح و 5 بعد از ظهر یا به صورت آنلاین در وبسایت www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC سفارش دهید. سفارشات بدون هزینه اضافی برای شما ارسال می شود. لطفا حدود 7-10 روز کاری را برای تحویل در نظر بگیرید. این مزایا در اولین روز از هر دوره سه ماهه اجرایی می شود: ژانویه، آوریل، ژوئیه و اکتبر. شما می توانید هر سه ماه یک سفارش انجام دهید و نمی توانید مزایای استفاده نشده خود را به سه ماهه بعدی منتقل کنید.	
0\$	خدمات نیمه بستری (یا بستری جزئی) نیمه بستری برنامه ای سازماندهی شده برای مداوای فعال روانپزشکی است. این خدمات به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی و یا توسط یک مرکز سلامت روانی جامعه ارائه می شود. این خدمات در مقایسه با خدماتی که در مطب ارائه می شوند تخصصی تر هستند. این خدمات می تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما گردد. توجه: به دلیل عدم حضور مراکز بهداشت روانی محلی در شبکه ما، ما هزینه خدمات نیمه بستری را فقط در صورتی که به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی ارائه شوند پرداخت می کنیم. ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



0\$	Personal Emergency Response System (سیستم واکنش اورژانسی فردی یا به اختصار PERS) یک سیستم مراقبت هشدار پزشکی است که دسترسی به کمک 24/7 را با فشار یک دکمه فراهم می کند. مزایای PERS شما توسط LifeStation® به شما ارائه می شود. مزایایی که شما از LifeStation® دریافت می کنید عبارتند از: • یک سیستم واکنش اورژانسی فردی • با قابلیت انتخاب یک سیستم خانگی یا یک دستگاه همراه با GPS / WiFi • پایش ماهیانه • شارژرها و سیم های مورد نیاز برای دریافت PERS و شروع دریافت خدمات، با تیم LifeStation به شماره 1-855-672-3269، به صورت 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس گرفته و یا از وب سایت www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare بازدید کنید.	
-----	---	--



0\$	خدمات پزشک/ ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • مراقبت های پزشکی ضروری و یا خدمات جراحی ارائه شده در مراکزى چون: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی های سرپایی تایید شده ○ بخش سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص، و درمان توسط متخصص • معاینه های پایه شنوایی و تعادل توسط ارائه دهنده اولیه خدمات شما ارائه می شود، در صورتی که پزشک شما آن را تجویز کرده باشد تا مطلع گردد که آیا نیاز به درمان دارید. • برخی خدمات اضافی سلامت از راه دور (تلفنی)، از جمله آن دسته خدمات پزشکی برای معالجه شرایط غیر اضطراری مانند علائم سرماخوردگی و آنفولانزا، آلرژی ها، برونشیت، عفونت تنفسی، مشکلات سینوسی، بثورات پوستی، عفونت چشم، میگرن و موارد دیگر. • شما از این حق انتخاب برخوردار هستید که این خدمات را از طریق ویزیت حضوری یا از راه تلفنی انجام دهید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات مشاوره را از طریق تلفن دریافت کنید، باید از یکی از ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش از راه دور (تلفنی) ارائه می دهد. • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای ویزیت های ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله آخر (ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در مرکز دیالیز کلیه بیمارستانی یا دسترسی حیاتی مرکز دیالیز بیمارستانی، مرکز دیالیز کلیه، یا خانه عضو • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای تشخیص، ارزیابی و یا درمان علائم سکته • ویزیت های مجازی (به عنوان مثال از طریق مکالمه تلفنی یا تصویری) با پزشک خدمات خود به مدت 5-10 دقیقه اگر: ○ شما یک بیمار جدید نیستید و ○ ویزیت مربوطه در ارتباط با مراجعه به مطب در 7 روز گذشته نیست، و ○ ویزیت مربوطه به یک مراجعه به مطب در خلال 24 ساعت و یا قرار ویزیت در اسرع وقت منتهی نشود بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد
-----	--



0\$	خدمات پزشک/ ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر (ادامه) • ارزیابی ویدیو و/ یا تصاویری که شما برای پزشک خود ارسال کرده اید تفسیر و پیگیری ها توسط پزشک ظرف 24 ساعت اگر: ○ شما یک بیمار جدید نیستید و ○ ارزیابی مربوطه در ارتباط با یک مراجعه به مطب در 7 روز گذشته نیست، و ○ ارزیابی مربوطه به یک مراجعه به مطب در خلال 24 ساعت و یا قرار ویزیت در اسرع وقت منتهی نشود • اگر شما یک بیمار جدید نیستید، مشاوره های پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا سوابق الکترونیکی سلامت • نظر دوم توسط یکی دیگر از ارائه دهندگان خدمات شبکه پیش از عمل جراحی • مراقبت های دندانپزشکی غیر روتین. خدمات تحت پوشش محدود به این موارد هستند: ○ جراحی فک و ساختارهای مربوطه ○ درمان شکستگی های فک و استخوان های صورت ○ کشیدن دندان پیش از پرتو درمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدماتی که در صورت ارائه از سوی یک پزشک تحت پوشش قرار می گیرد ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	مراقبت از پا (خدمات معالجه و درمان امراض پا) ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • معاینه و درمان دارویی یا جراحی مصدومیت ها و بیماری های پا (مانند زوائد پاشنه و یا انگشت پای چکشی) • مراقبت های روتین پا برای کاربران مبتلا به امراضی پا مانند دیابت ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



0\$	آزمون های غربالگری سرطان پروستات برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات ذیل را هر 12 ماه یک بار پرداخت می کنیم: • بررسی مقعدی دیجیتال • یک آزمایش آنتی ژن مخصوص پروستات (PSA) ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	پروتز و لوازم مصرفی مرتبط وسایل پروتز جایگزین تمامی یا بخشی از اعضاء یا عملکرد بدن می شوند. ما هزینه پروتزهای ذیل و شاید پروتزهایی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • کیسه های کولوستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت های کولوستومی • تغذیه روده ای و وریدی، شامل بسته های کمک تغذیه ای، پمپ تزریق، لوله گذاری و آداپتور، محلول ها و تجهیزات مربوط به تزریقات خودتجویز • ضربان سازها • بندک • کفش های پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (شامل سینه بند مخصوص پس از عمل برداشت سینه) • اندام های مصنوعی به منظور جایگزین شدن با کل یا بخشی از اندام های بیرونی صورت که به دلیل بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است • کرم و پوشک مخصوص بی اختیاری ادرار ما همچنین هزینه برخی لوازم مرتبط با پروتزها را می پردازیم. همچنین هزینه تعمیر و یا جایگزینی پروتزها را هم می پردازیم. برخی از هزینه های برداشت آب مروارید و یا عمل آب مروارید را نیز پوشش می دهیم. برای اطلاع از جزئیات به قسمت "مراقبت های بینایی" در ادامه همین بخش مراجعه کنید. ما هزینه خدمات پروتزهای دندان را پرداخت نمی کنیم. دستگاه های پروتز دندان ممکن است تحت پوشش Denti-Cal باشند. برای دریافت اطلاعات بیشتر به بخش F این فصل یا به آدرس www.denti-cal.ca.gov رجوع کنید.	



0\$	خدمات توانبخشی ریوی ما هزینه برنامه های توانبخشی ریوی افرادی که به بیماری مزمن انسداد ریه (COPD) نسبتاً شدید و شدید دچار هستند را پرداخت می کنیم. برای توانبخشی ریوی نیاز به ارجاع از پزشک یا تأمین کننده ای دارید که بیماری مزمن انسداد ریه (chronic obstructive pulmonary disease) یا COPD را درمان می کند. ما هزینه خدمات تنفسی برای بیمارانی که وابسته به دستگاه تنفسی مصنوعی هستند را پرداخت می کنیم. ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
0\$	غربالگری و مشاوره عفونت های مقاربتی (STI) ما هزینه غربالگری ها برای کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پرداخت خواهیم کرد. این غربالگری ها برای زنان باردار و برای برخی از افرادی که در معرض خطر ابتلا به STI قرار دارند تحت پوشش قرار می گیرد. یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه باید آزمایش ها را تجویز کند. این آزمون ها را هر 12 ماه یکبار و یا در مقاطع خاص طی بارداری پوشش می دهیم. ما همچنین هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره حضوری و مشاوره رفتاری فشرده را هر سال برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض ابتلا به STI هستند، پرداخت می کنیم. هر جلسه بین 20 الی 30 دقیقه می باشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به عنوان خدماتی پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می کنیم که توسط یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه ارائه شوند. این جلسات باید در محیط مراقبت های اولیه مانند مطب پزشک برگزار شود.	



0\$	مراقبت های مرکز پرستاری حرفه ای (SNF) ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • اتاق نیمه خصوصی، و یا در صورت ضرورت پزشکی خصوصی • وعده های غذایی، شامل رژیم های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح مراقبتی دریافت می کنید، شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که از سوی مرکز پرستاری ارائه می شود • آزمون های آزمایشگاهی تجویز شده توسط مرکز پرستاری • عکسبرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مرکز پرستاری ارائه می شود • استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • خدمات پزشکی/ارائه دهنده شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از تسهیلات عضو شبکه دریافت می کنید. با این وجود می توانید این خدمات را از مراکز غیر عضو نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز ذیل، می توانید خدمات مورد نیاز خود را از آن ها دریافت کنید: • خانه پرستاری سالمندان و یا خانه بازنشستگان تحت پایش، که دقیقاً پیش از بستری در بیمارستان در آن جا زندگی می کرده اید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد) • مرکز پرستاری که همسران به هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آن زندگی می کند ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
-----	--	--



0\$	ورزش درمانی نظارت شده (SET) طرح، هزینه ورزش درمانی نظارت شده (Supervised exercise therapy) یا به اختصار SET را برای اعضای بیمار مبتلا به بیماری شریانی محیطی سمپتوماتیک (symptomatic peripheral artery disease) یا (PAD) که از پزشک مسئول برای درمان PAD دارای یک ارجاعیه PAD هستند، پرداخت خواهد کرد. طرح هزینه موارد زیر را پرداخت می کند: • حداکثر 36 جلسه در طی یک دوره 12 هفته ای اگر تمامی شرایط SET برآورده شده باشد • 36 جلسه اضافی در طول زمان، در صورتیکه از طرف ارائه دهنده مراقبت های سلامتی لازم شناخته شود برنامه SET باید به این صورت باشد: • جلسات 30 تا 60 دقیقه ای برنامه تمرین- ورزش درمانی برای افراد مبتلا به PAD که به دلیل گردش ضعیف خون دچار گرفتگی پا (لنگ زدن) هستند • در بخش خدمات سرپایی بیمارستان و یا در مطب یک پزشک ارائه شود • توسط پرسنل واجد شرایطی ارائه شوند که اطمینان حاصل می کنند که مزایا بیش از آسیب ها بوده و در ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده اند • تحت نظارت مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا متخصص پرستار / پرستار بالینی آموزش دیده در هر دو زمینه تکنیک های حمایت از زندگی اولیه و پیشرفته ارائه شوند ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
-----	---	--



0\$	مراقبت اضطراری مراقبت فوری خدمات مراقبتی است برای درمان موارد زیر: • یک وضعیت غیر اضطراری که نیازمند مراقبت پزشکی فوری است، یا • یک بیماری ناگهانی پزشکی، یا • یک جراحی، یا • بیماری که نیازمند مراقبت های فوری است. در صورت نیاز به مراقبت های فوری ابتدا سعی کنید به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید. یا این وجود و در صورت عدم توفیق در کسب خدمات از ارائه کنندگان عضو شبکه، می توانید از مراکز خارج شبکه این خدمات را دریافت کنید. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan برای خدمات مورد نیاز فوریتی دریافت شده در هر سال در خارج از ایالات متحده تا سقف 25,000\$ هزینه های شما را پرداخت خواهد کرد. ما فقط وقتی هزینه انجام شده توسط شما را بازپرداخت می کنیم که خدماتی که دریافت کرده اید با معیارهای مراقبت فوریتی که در بالا ذکر شد، مطابقت داشته باشد. برای دریافت اطلاعات بیشتر، بخش پوشش اورژانسی و فوریتی در سطح جهان در پایان این جدول را مطالعه کنید.	
------------	--	--



0\$ شما مسئول هزینه مواد مازاد بر مزایای 500\$ هستید	 مراقبت های بینایی ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • یک معاینه چشم سالانه؛ و • تا حداکثر 500\$ برای عینک (فریم عینک و شیشه) یا لنزهای تماسی هر دو سال یکبار (دوره بهره مندی از مزایا). می توانید مانده حساب خود را برای استفاده بعدی در همان دوره مزایا ذخیره کنید. ما هزینه های سرپایی پزشکی مربوط به معاینه و درمان بیماری ها و مصدومیت های چشم را می پردازیم. به عنوان مثال، این شامل آزمایشات چشم سالانه برای رتینوپاتی دیابتی برای افراد مبتلا به دیابت و درمان برای دژنراسیون ماکولار مربوط به سن می باشد. برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک غربالگری گلوکوم را می پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارتند از: • افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم • افراد مبتلا به دیابت • افراد آفریقایی-آمریکایی تبار با سن 50 سال به بالا • افراد آمریکای جنوبی تبار با سن 65 سال به بالا هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک یک لنز داخل چشمی قرار دهد، پرداخت می شود. اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید پس از هر عمل یک عینک دریافت کنید. شما نمی توانید پس از عمل دوم دو عینک دریافت کنید حتی اگر پس از عمل اول نسبت به دریافت عینک اقدام نکرده باشید). ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
--	--



0\$	جلسه ملاقات پیشگیرانه "Welcome to Medicare" ما هزینه جلسه ملاقات پیشگیرانه "Welcome to Medicare" را که فقط یک بار برگزار می شود می پردازیم. این ویزیت شامل موارد ذیل است: • بررسی وضعیت سلامت شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه ای که شما نیاز دارید (شامل واکسن ها و غربالگری ها)، و • ارجاع مورد نیاز یا سایر مراقبت ها در صورت نیاز. توجه: ما ویزیت های پیشگیرانه "Welcome to Medicare" را تنها در طی 12 ماه اولی که از Medicare Part B برخوردار هستید، پوشش می دهیم. هنگامی که وقت ملاقات می گیرید، به دفتر پزشک خود اطلاع دهید که برای ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" است.	
-----	---	---



E. مزایای تحت پوشش در خارج از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

خدمات زیر تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan نیستند اما از طریق Medicare یا Medi-Cal قابل دسترسی هستند.

E1. برنامه انتقال از جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions) یا به اختصار CCT

برنامه (California Community Transitions) CCT از سازمان های پیشروی محلی برای کمک به آندسته طرف های ذینفع واجد شرایط Medi-Cal استفاده می کنند که در یک مرکز مخصوص بستری شدن برای حداقل 90 روز متوالی زندگی کرده اند کمک می کنند تا به محیط جامعه برگشته و بگونه ای ایمن در آن اقامت کنند. برنامه CCT تامین هزینه مالی خدمات هماهنگی انتقال در طول دوره پیش از انتقال و برای 365 روز پس از دوره گذار را به منظور کمک به افراد ذینفع در جهت بازگشت به محیط جامعه، به عهده می گیرد.

می توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان پیشرو CCT که در بخش محل سکونت شما خدمات می دهد، دریافت کنید. شما می توانید فهرست سازمان های پیشرو CCT و کانتی هایی که در آنها خدمات ارائه می دهند را در وبسایت اداره خدمات مراقبت های درمانی (Department of Health Care Services) به نشانی زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال را پرداخت می کند. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای خدماتی که ربطی به انتقال CCT شما ندارند:

ارائه کننده خدمات صورت حساب خدمات شما را برای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ارسال خواهد کرد. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه خدمات دریافت شده توسط شما را پس از انتقال پرداخت خواهد کرد. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

در حالیکه خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می کنید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه خدماتی که در جدول مزایا در بخش D این فصل ذکر شده است را پرداخت خواهد کرد.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

داروهایی که توسط CCT تحت پوشش نیستند. شما به دریافت مزایای دارویی عادی خود توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ادامه می دهید. برای دریافت اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش F از فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: اگر به خدمات انتقال از طرفی غیر از CCT نیاز دارید، باید با Care Navigator خود تماس بگیرید تا این خدمات را ترتیب دهد. منظور از خدمات انتقال از طرفی غیر از CCT این است که خدمات مراقبتی مورد نظر شما ربطی به انتقال شما از یک موسسه/مرکز ندارد. شما می توانید با هدایتگر مراقبتی خود، هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب از طریق تماس با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس گرفته و سپس در حالی که منتظر وصل شدن هستید گزینه هدایتگر مراقبتی (Care Navigator) را انتخاب کنید.

E2. Medi-Cal Dental Program (برنامه دندانپزشکی Medi-Cal)

برخی خدمات دندانپزشکی، به عنوان مثال خدمات زیر، از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal یا (Denti-Cal) در دسترس هستند:

- معاینات اولیه، عکس برداری با اشعه ایکس، تمیز کردن ها، و درمان ها با فلوراید
- ترمیم ها و تاج های دندان

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



- درمان روت کانال

- تنظیم، ترمیم و ریلاین کردن دندان های مصنوعی

مزایای دندانپزشکی در برنامه دندانپزشکی Medi-Cal بر مبنای ارائه خدمات در ازای پرداخت هزینه در دسترس می باشد. برای دریافت اطلاعات بیشتر، یا در صورت نیاز به کمک برای پیدا کردن دندانپزشکی که برنامه دندانپزشکی Medi-Cal را می پذیرد، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره تلفن 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه دندانپزشکی Medi-Cal از 8 صبح الی 5 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه آماده کمک به شما هستند. همچنین می توانید برای دریافت اطلاعات بیشتر به وبسایت dental.dhcs.ca.gov مراجعه کنید.

علاوه بر سرویس ارائه خدمات در ازای پرداخت هزینه برنامه دندانپزشکی Medi-Cal، شما می توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق طرح مراقبت های مدیریت شده دندانپزشکی دریافت کنید. طرح مراقبت های مدیریت شده دندانپزشکی فقط در لس آنجلس کانتی در دسترس هستند. اگر مایل هستید تا اطلاعات بیشتری درباره طرح های بیمه دندانپزشکی دریافت کنید، برای شناسایی طرح بیمه دندانپزشکی خود نیاز به کمک دارید، یا می خواهید طرح بیمه دندانپزشکی خود را عوض کنید، لطفاً از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با گزینه های مراقبت های بهداشتی (Health Care Options) با شماره تلفن 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است.

E3. مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج

می توانید از خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare استفاده کنید. در صورتی که ارائه دهنده خدمات تان و مدیر امور پزشکی آسایشگاه بیماری های لاعلاج تشخیص دهند که شما مبتلا به بیماری لاعلاجی هستید، شما حق دارید که اقامت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج را انتخاب کنید. یعنی باید بیماری لاعلاجی داشته باشید و انتظار بروی که بیش از شش ماه زنده نمانید. پزشک آسایشگاه شما می تواند عضو شبکه و یا خارج از شبکه باشد.

برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره مواردی که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه آنها را طی دورانی که شما در آسایشگاه بیماری های لاعلاج خدمات دریافت می کنید پرداخت می کند، به جدول مزایا در بخش D این فصل مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاهی بیماری های لاعلاج که تحت پوشش بخش A یا B از Medicare هستند اما ربطی به پیش بینی بیماری لاعلاج شما ندارند:

- ارائه کننده خدمات آسایشگاهی بیماری های لاعلاج هزینه خدمات شما را از Medicare دریافت می کند.
- Medicare هزینه خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج که مربوط به پیش بینی بیماری لاعلاج شما باشند را پرداخت می کند. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای خدمات تحت پوشش بخش A یا B از Medicare که ربطی به پیش بینی ابتلای شما به بیماری لاعلاج ندارند (به غیر از موارد نیاز به خدمات مراقبتی اضطراری یا مراقبت مورد نیاز فوری):

- ارائه کننده خدمات هزینه های خود را از Medicare دریافت خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش Medicare قسمت الف یا ب را می پردازد. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای داروهایی که ممکن است تحت مزایای بخش D از Medicare مورد پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قرار گیرند:

- داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش F از فصل 5 مراجعه کنید.



توجه: اگر به خدمات غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج نیاز داشته باشید، باید با Care Navigator خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. مراقبت های غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج ربطی به پیش بینی بیماری لاعلاج شما ندارند. شما می توانید با هدایتگر مراقبتی خود، هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب از طریق تماس با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس گرفته و سپس در حالی که منتظر وصل شدن هستید گزینه هدایتگر مراقبتی (Care Navigator) را انتخاب کنید.

F. خدماتی که توسط Medicare، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و Medi-Cal پوشش داده نمی شوند

در این بخش مواردی ذکر شده است که خارج از پوشش این بیمه درمانی هستند. منظور از مستثنی مزایایی است که ما هزینه آنها را پرداخت نمی کنیم. Medicare و Medi-Cal هم این هزینه ها را تقبل نمی کنند.

فهرست ذیل حاوی خدمات و اقلامی است که در هیچ شرایطی تحت پوشش ما قرار نمی گیرند و مواردی که فقط در برخی شرایط خاص پوشش داده می شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی که در این بخش فهرست شده اند (یا در جایی دیگر از این کتابچه راهنمای اعضاء) را به غیر از در شرایط خاص ذکر شده پرداخت نمی کنیم. اگر فکر می کنید که ما باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند را بپردازیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آگاهی از چگونگی درخواست تجدیدنظر به بخش های F، E، D و G از فصل 9 مراجعه کنید.

به غیر از موارد مستثنی یا محدودیت های شرح داده شده در جدول مزایا، اقلام و خدمات زیر توسط بیمه ما پوشش داده نمی شوند:

- خدماتی که بر اساس استانداردهای Medicare و Medi-Cal «منطقی و یا از نظر پزشکی ضروری» تشخیص داده نشود، مگر آنکه این خدمات در طرح ما تحت پوشش باشد.
- درمان های پزشکی، جراحی ها، اقلام و داروهای تحقیقاتی، مگر آنکه تحت پوشش Medicare باشند و یا تحت عنوان یک تحقیق بالینی مورد تایید Medicare و یا بیمه درمانی ما انجام شوند. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقاتی بالینی به صفحه 54 از فصل 3 مراجعه کنید. درمان و اقلام تحقیقاتی مواردی هستند که اکثریت جامعه پزشکی آن ها را قبول ندارند.
- درمان جراحی چاقی مفرط، مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی بوده و Medicare هزینه آن را بپردازد.
- اتاق خصوصی در بیمارستان مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی باشد.
- پرستاران خصوصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری مانند تلفن یا تلویزیون.
- خدمات پرستاری تمام وقت در منزل.
- هزینه های دریافتی توسط بستگان درجه یک و یا اعضای خانوار شما.
- روش ها یا خدمات تقویتی اختیاری (شامل کاهش وزن، رشد مو، فعالیت جنسی، فعالیت ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و مسائل روانی)، به غیر از مواردی که از نظر پزشکی لازم باشند.



- جراحی یا سایر اعمال زیبایی مگر آنکه به دلیل آسیب دیدگی در تصادف و یا جهت اصلاح ساختار نادرست بخشی از بدن انجام شود. با این حال ما هزینه ترمیم پستان پس از عمل برداشتن قسمتی از آن و نیز مطابقت دادن پستان دیگر با آن را می‌پردازیم.
- خدمات کایروپراستیک و جابجا کردن ستون فقرات به غیر از تغییرات در ستون فقرات مطابق با رهنمود های پوشش .
- مراقبت از پا به طور منظم، به جز مواردی که در خدمات مراقبت از پاها در بخش D از مزایا توضیح داده شده است.
- کفش های ارتوپدیک، مگر آنکه کفش خود بخشی از پای مصنوعی بوده و در هزینه آن منظور شده باشد و یا متعلق به افراد مبتلا به پای دیابتی باشد.
- لوازم کمکی پا به غیر از کفش های ارتوپدیک و طبی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی.
- کراتوتومی شعاعی ، عمل لیزیک، و سایر خدمات ضعف بینایی.
- معکوس کردن فرایندهای عقیم سازی و لوازم ضدبارداری بدون نسخه.
- خدمات درمان طبیعی (استفاده از درمان های طبیعی یا جایگزین).
- خدماتی که در مراکز امور سربازان بازنشسته (VA) ارائه می شود. با این وجود، هنگامی که یک ارتشی بازنشسته خدمات اضطراری در یک بیمارستان VA (مخصوص ارتشی های بازنشسته) دریافت می کند و سهم بیمار برای VA بیش از سهم بیمار در بیمه درمانی ما باشد، ما مابه التفاوت را به ارتشی های بازنشسته بازپرداخت می کنیم. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ هم پرداختی هستید.



فصل 5: گرفتن داروهای تجویزی سرپایی از طریق این طرح

مقدمه

این فصل قوانین مربوط به دریافت داروهای نسخه ای سرپایی را توضیح می دهد. اینها داروهایی هستند که ارائه دهنده خدمات برای شما سفارش می دهند و شما آنها را از داروخانه یا از طریق سفارش پستی دریافت می کنید. اینها شامل داروهای تحت پوشش بخش د Medicare و Medi-Cal می شوند. این فصل به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan داروهای زیر را نیز پوشش می دهد، هر چند که در این فصل به آنها پرداخته نخواهد شد:

- داروهای تحت پوشش بخش A از Medicare. این ها شامل برخی داروها می شوند که به شما هنگامی که در بیمارستان یا مراکز پرستاری هستید داده می شود.
- داروهای تحت پوشش بخش B از Medicare. این ها شامل برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای تزریقی که به شما در مطب پزشک یا دیگر ارائه دهندگان خدمات داده می شود، و داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما می دهند، می شوند. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره این که چه داروهایی از بخش B از Medicare پوشش داده می شوند به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

قوانین مربوط به پوشش بیمه برای داروهای سرپایی

مادامی که قوانین این بخش از کتابچه را رعایت کنید، داروهای شما را پوشش می دهیم.

یک پزشک یا ارائه دهنده خدمات دیگر باید برای شما نسخه بنویسد. این شخص معمولاً ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) شما است. این شخص همچنین ممکن است ارائه دهنده خدمات دیگری باشد که ارائه دهنده مراقبت های اولیه تان شما را به وی معرفی کرده باشد.

نسخه تان را از داروخانه های عضو شبکه دریافت کنید.

داروی تجویز شده برای شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش این بیمه باشد. ما به طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می نامیم.

- اگر دارو در فهرست دارو نباشد، شاید بتوانیم با قائل شدن استثناء برای شما آن را پوشش دهیم.
- جهت اطلاع از نحوه درخواست برای اعمال استثناء به فصل 9 مراجعه کنید.

داروی شما باید برای یک تجویز پزشکی مورد قبول قرار گرفته مورد استفاده قرار گیرد. این بدان معنی است که استفاده از دارو یا توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تایید شده باشد یا در برخی مرجع های پزشکی از آن حمایت شده باشد. داروهایی که برای مداوای عارضه هایی هستند که مورد تایید FDA یا کتاب های مراجع نباشند تجویز "تایید نشده" خطاب می شوند. داروهایی که برای تجویزهای "تایید نشده" مصرف می شوند از نظر پزشکی قابل قبول نیستند و بنابراین پوشش داده نمی شوند، مگر آن که:

- مصرف "تایید نشده" در یکی از کتاب های مرجع، مطرح شده باشد.



- چنین داروهایی در دو (2) مقاله مجله های پزشکی بازنگري همتر از عمده مطرح می شوند که حاوی اطلاعاتی در پشتیبانی از مصرف تجویز نشده پیشنهادی یا به عنوان مصارف در کل امن و موثر ارائه می کنند (این فقط شامل داروهای درخواست Medi-Cal می شود).

فهرست مطالب

A.	دریافت داروهای نسخه ای.....	111
A1.	دریافت نسخه خود از یک داروخانه عضو شبکه.....	111
A2.	استفاده از کارت عضویت خود در هنگام تحویل یک نسخه.....	111
A3.	اگر داروخانه عضو شبکه خود را تغییر دهید چکار باید کرد.....	111
A4.	اگر داروخانه شما شبکه طرح را ترک کند چکار باید کرد.....	111
A5.	استفاده از یک داروخانه تخصصی.....	112
A6.	استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود.....	112
A7.	دریافت ذخیره بلند مدت داروها.....	114
A8.	استفاده از داروخانه ای که عضو شبکه طرح نیست.....	114
A9.	بازپرداخت هزینه ها در صورتی که برای نسخه هزینه بپردازید.....	115
B.	فهرست دارویی این طرح.....	115
B1.	داروهای موجود در فهرست دارویی.....	115
B2.	روش یافتن یک دارو در فهرست دارویی.....	115
B3.	داروهایی که در فهرست دارویی نیستند.....	116
B4.	رده های تقسیم هزینه فهرست دارویی.....	116
C.	محدودیت پوشش برخی داروها.....	117
D.	چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد.....	118
D1.	دریافت یک ذخیره موقت.....	118
E.	تغییرات در پوشش داروهای شما.....	120
F.	پوشش داروها در مواردی خاص.....	122
F1.	اگر در بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش بیمه درمانی ما اقامت دارید.....	122
F2.	اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید.....	122
F3.	اگر در آسایشگاه بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare هستید.....	122



- G. برنامه های ایمنی دارویی و مدیریت دارو.....123
- G1. برنامه های کمک به اعضاء برای استفاده بی خطر از دارو.....123
- G2. برنامه هایی برای کمک به اعضاء در مدیریت داروهای خود.....123
- G3. برنامه مدیریت دارو برای کمک به اعضاء در استفاده از داروهای دارای مخدر.....124



A. دریافت داروهای نسخه ای

A1. دریافت نسخه خود از یک داروخانه عضو شبکه

در بیشتر موارد، نسخه های شما فقط در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که از یکی از داروخانه های شبکه تهیه شده باشند. یک داروخانه شبکه درگاه استوری است که با ما برای تامین داروهای نسخه ای اعضايمان قرارداد دارد. می توانید به هر یک از داروخانه های عضو شبکه ما مراجعه کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، می توانید به فهرست ارائه کنندگان خدمات و داروخانه ها، یا وب سایت ما مراجعه کنید، یا با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت عضویت خود در هنگام تحویل یک نسخه

برای دریافت نسخه در داروخانه های عضو شبکه، کارت عضویت بیمه خود را نشان دهید. داروخانه های عضو شبکه برای سهم ما از هزینه داروهای تحت پوشش نسخه ای شما برائمان صورت حساب می فرستند. شما برای گرفتن نسخه باید هزینه ای به عنوان پرداخت مشترک (تعرفه سهم بیمار) به داروخانه بپردازید.

اگر کارت عضویت بیمه خود را زمان گرفتن نسخه به همراه نداشته باشید، از داروخانه بخواهید برای گرفتن اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد.

در صورتی که داروخانه قادر نباشد اطلاعات لازم را بدست آورد، ممکن است مجبور شوید کل هزینه دارو را در هنگام دریافت داروها بپردازید. سپس می توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. اگر نمی توانید هزینه دارو را بپردازید، بلافاصله با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. ما هر چه در توان داشته باشیم برای کمک انجام خواهیم داد.

- برای اطلاع از چگونگی درخواست بازپرداخت از ما، به بخش های A و B از فصل 7 مراجعه کنید.

- در صورت نیاز به کمک برای دریافت داروهای نسخه ای خود، می توانید با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A3. اگر داروخانه عضو شبکه خود را تغییر دهید چکار باید کرد

اگر داروخانه خود را عوض کنید و نیاز به تمدید نسخه خود داشته باشید، شما می توانید یا از ارائه کننده خدمات بخواهید که یک نسخه جدید برای شما بنویسد یا از داروخانه خود بخواهید که در صورتی که سهمی از تمدید نسخه باقی مانده است، نسخه را به داروخانه جدید انتقال دهد.

در صورت نیاز به کمک برای تغییر داروخانه عضو شبکه خود، می توانید با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه شما شبکه طرح را ترک کند چکار باید کرد

اگر داروخانه ای که شما به آن مراجعه می کنید از شبکه این بیمه درمانی خارج شود، شما باید یک داروخانه عضو شبکه دیگری را پیدا کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، می توانید به فهرست ارائه کنندگان خدمات و داروخانه ها، یا وبسایت ما مراجعه کنید، یا با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.



A5. استفاده از یک داروخانه تخصصی

گاهی اوقات، شما باید نسخه خود را از یکی از داروخانه های تخصصی تهیه کنید. داروخانه های تخصصی شامل موارد ذیل می باشد:

- داروخانه هایی که داروهای درمان تزریقی خانگی را تامین می کنند.
- داروخانه هایی که دارو برای افراد ساکن مراکز مراقبت بلند مدت مانند آسایشگاه ها را تامین می کنند.
 - معمولاً، مراکز مراقبت بلند مدت داروخانه های خودشان را دارند. اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید، ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه آن مرکز دریافت کنید.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت های بلند مدت شما عضو شبکه ما نباشد، یا شما برای دسترسی به مزایای دارویی خود در مرکز مراقبت های بلند مدت مشکل دارید، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.
- داروخانه هایی که به خدمات سلامت سرخپوستان/ برنامه سلامت بومیان شهری/ قبیله ای خدمات ارائه می دهند. بجز در موارد اضطراری، تنها آمریکایی های بومی یا بومیان آلاسکا می توانند از این داروخانه ها استفاده کنند.
- داروخانه هایی که تامین کننده داروهای هستند که برای استفاده از آنها احتیاج به توجه و دستورالعمل خاصی می باشد.

برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی شبکه، می توانید به فهرست ارائه کنندگان خدمات و داروخانه ها، یا وب سایت مراجعه کنید، یا با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود

- برای برخی انواع داروها، شما می توانید از خدمات سفارش پستی استفاده کنید. عموماً، داروهای از طریق سفارش پستی در دسترس هستند که شما از آنها به طور منظم برای بیماری های بلند مدت و یا مزمن استفاده می کنید. داروهای که طبق بیمه درمانی ما واجد شرایط سفارش پستی هستند در فهرست دارویی ما به عنوان داروهای سفارش پستی مشخص شده اند.
- خدمات سفارش پستی طرح ما به شما اجازه خرید دوز 100 روزه داروها را در رده دارویی 1 و دوز 90 روزه دارو برای رده دارویی 2-3 می دهد. دوز 90 روزه و 100 روزه داروها، دارای تعرفه سهم بیمار مشابهی با دوز یک ماهه همان داروها است.
- دریافت نسخه خود از طریق پست**

برای کسب اطلاعات درباره نحوه سفارش پستی داروهای نسخه خود، دستورالعمل های زیر را مطالعه کرده، از وب سایت CVS Caremark Mail Order Services به آدرس www.caremark.com بازدید کرده یا به صورت 24 ساعته و هفت روز هفته، با شماره 1-866-346-7200 (TTY: 711) تماس بگیرید. شما می توانید با استفاده از شماره تلفن ذکر شده در پایین این صفحه با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

برای دریافت نسخه خود از طریق پست:

- به صورت آنلاین در قسمت خدمات سفارش پستی (Caremark Mail Order Services) به آدرس www.caremark.com ثبت نام کنید یا به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، با شماره 1-866-346-7200 (TTY: 711) تماس بگیرید.



- پس از ثبت نام، CVS Caremark Mail Order Services نسخه شما را دریافت خواهد کرد. شما می توانید نسخه های خود را به روش های زیر برای CVS Caremark ارسال کنید:
 - به صورت الکترونیکی - از پزشک خود بخواهید که یک نسخه الکترونیکی برای یک دوز 90 یا 100 روزه را به CVS Caremark ارسال کند. به این یک "نسخه الکترونیکی" گفته می شود و ساده ترین راه برای ارسال یک نسخه می باشد
 - با تلفن یا نمابر - از پزشک خود بخواهید که نسخه شما برای یک ذخیره 90 روزه را با تماس با شماره تلفن 1-800-378-5697 و یا از طریق نمابر به شماره 1-800-378-0323 برای CVS Caremark ارسال کند.
 - به روش پستی - شما می توانید نسخه ای که پزشک شما برای شما صادر کرده است را با تکمیل فرم سفارش پستی و هم پردازی خدمات پستی به این آدرس ارسال کنید:

CVS Caremark
P.O. Box 659541
San Antonio, TX 78265-9541

- با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید. از کمک به شما در استفاده خدمات سفارش پستی خود خوشحال خواهیم شد و در صورت نیاز فرم های سفارش را برای شما ارسال خواهیم کرد.

معمولا دریافت نسخه با سفارش پستی بین 10 تا 14 روز طول می کشد. با این وجود، گاهی اوقات ممکن است در دریافت سفارش پستی شما تأخیر ایجاد شود. اگر چنین اتفاقی روی دهد، برای دریافت کمک با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

رویه های سفارش پستی

خدمات سفارش پستی برای نسخه های جدیدی که از شما دریافت می کند، و نسخه های جدیدی که از مطب ارائه دهنده خدمات شما دریافت می کند فرآیندهای متفاوتی دارد، و نسخه های سفارش پستی شما را تمدید می کند:

1. نسخه های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می کند

داروخانه به طور خودکار داروهای نسخه جدیدی که از شما دریافت کرده است را آماده و ارسال می کند.

2. نسخه های جدیدی که داروخانه مستقیما از ارائه دهنده خدمات شما دریافت می کند

داروخانه پس از دریافت نسخه از یک ارائه دهنده خدمات درمانی، با شما تماس می گیرد تا جویا شود که به آن دارو به صورت فوری نیاز دارید یا برای بعد نیاز دارید.

- این کار به شما این فرصت را می دهد که مطمئن شوید داروخانه داروی صحیحی را (من جمله از لحاظ مقدار، شکل و قوت) برای شما ارسال کند، و در صورت نیاز، شما فرصت متوقف کردن آن را پیش از دریافت صورت حساب و ارسال داشته باشید.
- مهم است که هر وقت داروخانه با شما تماس می گیرد به آنها پاسخ دهید تا بدانند با نسخه جدید چه کنند و از تأخیر در ارسال آن جلوگیری شود.



3. تمدید نسخه ها از طریق سفارش پستی

برای تمدید نسخه های خود، می توانید برای یک برنامه تمدید خودکار که "تمدیدهای خودکار" نامیده می شود ثبت نام کنید. با این برنامه وقتی سوابق شما نشان دهد که به زودی داروی شما تمام می شود ما نسخه بعدی شما را به طور خودکار پردازش می کنیم.

- داروخانه پیش از ارسال هر داروی تمدیدی با شما تماس می گیرد تا مطمئن شود که آیا شما به داروی بیشتر نیاز دارید، و در صورتی که به اندازه کافی دارو داشته باشید یا داروی شما عوض شده باشید می توانید آن را لغو کنید.
- اگر ترجیح دهید که از برنامه تمدید خودکار ما استفاده نکنید، لطفاً 14 روز پیش از تاریخی که فکر می کنید دارویتان رو به اتمام است با داروخانه خود تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی شما به موقع برسد.

برای انصراف از برنامه ما که سفارش های پستی را به طور خودکار تمدید می کند، لطفاً با CVS Caremark Mail Order Services به شماره (TTY: 711) 1-866-346-7200، به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته تماس بگیرید.

به منظور این که داروخانه بتواند با شما برای تأیید سفارش پیش از ارسال تماس بگیرد، لطفاً اطمینان حاصل کنید که داروخانه از بهترین روش تماس با شما مطلع باشد. لطفاً مطمئن شوید که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan همیشه اطلاعات تماس به روز از شما داشته باشد. اگر می خواهید شماره تلفن یا نشانی خود را تغییر دهید، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید (شماره تلفن تماس در پایین این صفحه ذکر شده است).

A7. دریافت ذخیره بلند مدت داروها

شما می توانید در فهرست داروی ما داروهای نگهداری را برای طولانی مدت تهیه و نگهداری کنید. داروهای نگهداری داروهایی هستند که شما از آنها به طور منظم برای شرایط پزشکی دیرینه یا مزمن استفاده می کنید.

برخی داروخانه های شبکه به شما اجازه می دهند ذخیره طولانی مدتی از داروهای مربوط به بیماری های مزمن را داشته باشید. یک ذخیره 100 روزه داروهای رده دارویی 1 و یک ذخیره 90 روزه دارو برای رده دارویی 2-3، دارای تعرفه سهم بیمار مشابهی با یک ذخیره یک ماهه همان داروها است. فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها به شما درباره داروخانه هایی که داروهای نگهداری برای مصرف بلند مدت ارائه می دهند اطلاعاتی می دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر، همچنین می توانید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

برای برخی داروهای خاص، شما برای تهیه یک ذخیره دارویی بلندمدت داروهای نگهداری می توانید از خدمات سفارش پستی این بیمه درمانی استفاده کنید. برای اطلاعات مربوط به خدمات سفارش پستی به قسمت بالا مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه ای که عضو شبکه طرح نیست

عموماً ما فقط زمانی هزینه داروی خریداری شده از داروخانه خارج از شبکه را پرداخت می کنیم که قادر نباشید از داروخانه های عضو شبکه استفاده کنید. ما داروخانه های عضو شبکه ای داریم که خارج از محدوده پوشش طرح هستند و شما می توانید به عنوان عضوی از این طرح نسخه های خود را از آنها دریافت کنید.

برای نسخه هایی که از داروخانه های خارج شبکه گرفته شده باشند در موارد ذیل هزینه را پرداخت خواهیم کرد:

- در موارد اضطراری
- وقتی برای مدتی بیش از شش (6) ماه خارج از محدوده تحت پوشش باشید



ما توصیه می کنیم که داروهای نسخه ای خود را پیش از سفر به خارج از محدوده تحت پوشش، تهیه کنید تا به اندازه کافی دارو داشته باشید. اگر برای دریافت مقدار کافی دارو پیش از عزیمت به کمک نیاز دارید با بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

در چنین شرایطی، لطفاً ابتدا با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید تا مطلع شوید که آیا داروخانه عضو شبکه ای در نزدیکی شما موجود می باشد.

A9. بازپرداخت هزینه ها در صورتی که برای نسخه هزینه بپردازید

اگر لازم باشد به داروخانه ای خارج از شبکه بیمه مراجعه کنید، معمولاً باید هزینه کامل داروی خود را به هنگام دریافت در عوض تعرفه سهم بیمار خود پرداخت کنید. شما می توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه آن را به شما بازپرداخت کنیم.

برای دریافت اطلاعات بیشتر در این زمینه به بخش A از فصل 7 مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی این طرح

ما یک فهرست داروهای تحت پوشش داریم. ما به طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می نامیم.

داروهای موجود در فهرست دارو توسط ما و با کمک گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب شده اند. فهرست دارو شامل قوانینی که باید برای گرفتن داروهایتان رعایت کنید نیز می گردد.

تا زمانی که شما قوانین توضیح داده شده در این فصل را رعایت کنید، دارویی را که در فهرست داروی بیمه باشد پوشش می دهیم.

B1. داروهای موجود در فهرست دارویی

فهرست دارو شامل داروهای تحت پوشش بخش D از Medicare و برخی نسخه ها و داروها و محصولات بدون نیاز به نسخه (OTC) تحت پوشش مزایای Medi-Cal می باشد.

فهرست داروها هم شامل داروهای برند برای مثال Januvia و هم داروهای عمومی مانند Metformin می شود. مواد اولیه داروهای ژنریک مشابه داروهای برند است. عموماً، آنها به اندازه داروهای برند کارآمد بوده و معمولاً قیمت کمتری دارند.

طرح ما همچنین برخی داروها و محصولات خاص OTC را پوشش می دهد. برخی داروهای OTC هزینه کمتری نسبت به داروهای تجویزی داشته و به همان خوبی هم تاثیر گذار می باشند. برای دریافت اطلاعات بیشتر با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

B2. روش یافتن یک دارو در فهرست دارویی

به جدیدترین فهرست دارویی که از طریق پست برای شما ارسال کرده ایم مراجعه کنید:

- به جدیدترین فهرست داروی که از طریق پست برای شما ارسال کرده ایم مراجعه کنید.
- به وبسایت طرح بیمه به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.
- فهرست دارو در وب سایت ما همیشه به روز است.
- برای اطلاع از این که آیا دارویی در فهرست داروی بیمه درمانی ما موجود می باشد، با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید و یا درخواست کنید تا یک نسخه از فهرست برای شما ارسال گردد.



B3. داروهایی که در فهرست دارویی نیستند

ما تمامی داروهای نسخه ای را پوشش نمی دهیم. برخی داروها در فهرست دارو نیستند چرا که قانون برای پوشش آن داروها به ما اجازه نمی دهد. در برخی موارد دیگر، ما تصمیم گرفته ایم که دارویی را در فهرست دارو قرار ندهیم.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه داروهای نام برده در این بخش را پرداخت نمی کند. این داروها را داروهای مستثنی شده نام نهاده اند. اگر شما نسخه ای را که شامل داروهای مستثنی باشد دریافت کنید، باید خودتان هزینه آن را پرداخت کنید. اگر معتقدید برای مورد شما باید هزینه داروی مستثنی را بپردازیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. (برای آگاهی نسبت به نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.)

سه قانون عمومی برای داروهای خارج از فهرست وجود دارد:

1. پوشش داروهای سرپایی طرح ما (که شامل داروهای بخش D و Medi-Cal می باشد) نمی تواند هزینه داروهایی که قبلاً تحت بخش A یا بخش B از Medicare تحت پوشش قرار می گیرند را پرداخت کند. داروهای تحت پوشش بر اساس بخش A یا B از Medicare توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و به صورت رایگان تحت پوشش قرار می گیرد، اما آنها به عنوان بخشی از مزایای داروهای سرپایی شما به حساب نمی آیند.
2. طرح ما نمی تواند دارویی که خارج از ایالات متحده و سرزمین های آن خریداری شده را پوشش دهد.
3. استفاده دارو یا باید مورد تایید سازمان غذا و دارو (FDA) باشد و یا از طریق مرجع های پزشکی خاص برای درمان بیماری شما تایید شده باشد. استفاده دارو یا باید مورد تایید سازمان غذا و دارو (FDA) باشد و یا از طریق کتابهای مرجع خاص برای درمان بیماری شما تایید شده باشد. این کار استفاده تایید نشده نام دارد. طرح ما معمولاً داروهایی که برای استفاده تایید نشده تجویز می شوند را پوشش نمی دهد.

همچنین طبق قانون، انواع داروهایی که در ذیل فهرست شده اند توسط Medicare و یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند.

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای اهداف آرایشی و یا تقویت رشد مو
- داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال عملکرد جنسی و یا نعوظ از قبیل Levitra®، Cialis®، Viagra® و Caverject®
- داروهای سرپایی زمانی که شرکت تولید کننده دارو به شما می گوید که باید آزمایشات و یا خدمات تنها از طریق آنها انجام شود

B4. رده های تقسیم هزینه فهرست دارویی:

هر یک از داروها در فهرست دارویی در یکی از چهار (4) رده تقسیم هزینه قرار می گیرد. یک رده دارویی عبارت از گروه دارویی هایی می باشد که معمولاً از یک نوع می باشند (بعنوان مثال، رده بندی های نام تجاری، ژنریک یا داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC)). به طور کلی، هرچه ردیف اشتراک هزینه بالاتر باشد، سهم پرداختی شما برای دارو بالاتر خواهد بود.

- رده 1 سهم پرداخت بیمار (پایین ترین ردیف ما) شامل داروهای ژنریک مورد ترجیح ما می شود.
- رده 2 سهم پرداخت بیمار شامل داروهای ژنریک می شود.
- رده 3 سهم پرداخت بیمار (بالاترین ترین ردیف ما) شامل داروهای برند می شود



- رده 4 سهم پرداخت بیمار شامل داروهای غیر Medicare و داروهای بدون نسخه (OTC) می شود.

برای دانستن اینکه داروی شما در چه رده اشتراک هزینه قرار دارد به فهرست دارویی مراجعه کنید.

در بخش های C، D و E از فصل 6 درباره مبلغی که شما برای داروهای هر رده دارویی باید پرداخت کنید توضیح داده شده است.

C. محدودیت پوشش برخی داروها

برای برخی داروهای تجویزی، قوانین ویژه ای چگونگی و زمان پوشش این داروها را توسط طرح محدود می کند. برای برخی داروهای تجویزی، قوانین ویژه ای چگونگی و زمان پوشش این داروها را توسط طرح محدود می کند. زمانی که یک داروی بی خطر با هزینه کمتر به همان خوبی یک داروی با هزینه بیشتر تأثیر داشته باشد، انتظار داریم ارائه دهنده خدمات درمانی شما داروی با هزینه کمتر را تجویز کند.

در صورت وجود قانون ویژه برای داروی شما، معمولاً این بدان معنی است که برای این که ما این دارو را پوشش دهیم شما و ارائه دهنده خدمات درمانی شما مجبور خواهید بود که مراحل اضافه ای را طی کنید. به طور مثال، ممکن است ارائه دهنده خدمات درمانی ناگزیر باشد تشخیصی که برای شما داشته را به ما بگوید یا ابتدا نتایج آزمایشات خون را ارائه دهد. اگر شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما فکر می کنید که قانون ما نباید شامل شما شود، باید درخواست استثناء بکنید. ممکن است موافقت بکنیم و یا نکنیم که به شما اجازه دهیم قبل از انجام مراحل اضافی از دارو استفاده کنید.

جهت اطلاع از نحوه درخواست تجدید نظر به بخش F2 از فصل 9 مراجعه کنید.

1. محدود کردن استفاده از داروی برند وقتی نوع ژنریک در دسترس است

به طور کلی، داروی ژنریک همانند داروی برند عمل کرده و معمولاً هزینه کمتری دارد. در اکثر مواقع، اگر نوع ژنریک یک داروی برند (تجاری) موجود باشد، داروخانه های عضو شبکه ما نوع ژنریک آن را به شما ارائه می دهند.

- معمولاً برای داروهای تجاری تا زمانی که نسخه ژنریک آن وجود داشته باشد هزینه پرداخت نمی کنیم.
- با این وجود، اگر ارائه دهنده خدمات شما دلیل پزشکی به ما ارائه داده باشد که نه داروی ژنریک و نه دیگر داروهای تحت پوشش که برای درمان همان عارضه بکار می روند، برای درمان عارضه شما کارآمد نیستند، ما داروی تجاری را پوشش خواهیم داد.
- تعرفه سهم بیمار شما برای داروهای برند (تجاری) نسبت به داروهای ژنریک بیشتر خواهد بود.

2. گرفتن پیش تأییدیه از طرح

برای برخی از داروها، شما یا پزشک شما باید پیش از دریافت داروی نسخه ای، از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تأییدیه دریافت کنید. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ممکن است خدمات مربوطه را پوشش ندهد.

3. امتحان کردن داروی متفاوت در ابتدا

به طور کلی، از شما می خواهیم که پیش از آنکه از ما درخواست پوشش داروهای پر هزینه تری بکنید، داروهای ارزان تر را امتحان کنید (که اغلب به همان اندازه موثر هستند). به طور مثال، اگر داروی الف و ب هر دو یک نوع بیماری را درمان



می کنند و داروی الف هزینه کمتری نسبت به داروی ب دارد، ممکن است از شما بخواهیم که ابتدا داروی الف را امتحان کنید.

اگر داروی الف برای شما سازگار نباشد، ما داروی ب را پوشش می دهیم. این عمل درمان مرحله ای نام دارد.

4. محدودیت های کمی

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید محدود است. به این امر محدودیت کمی (تعدادی) گفته می شود. به طور مثال، ممکن است مقدار دارویی که با هر نسخه دریافت می کنید را محدود کنیم.

برای دانستن اینکه آیا هر یک از قوانین بالا شامل حال دارویی که شما مصرف می کنید و یا می خواهید مصرف کنید می شود یا نه، به فهرست دارویی مراجعه کنید. برای دریافت جدیدترین اطلاعات مربوطه، با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید یا به وب سایت ما به آدرس www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect رجوع کنید.

D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد

سعی می کنیم پوشش دارویی شما به خوبی برای شما کار کند، اما گاهی ممکن است برخی داروها آن طور که شما می خواهید تحت پوشش قرار نگیرند. به عنوان مثال:

- دارویی که می خواهید مصرف کنید تحت پوشش بیمه درمانی ما قرار نمی گیرد. ممکن است این دارو در فهرست دارو نباشد. ممکن است نسخه ژنریک دارو تحت پوشش باشد اما نسخه تجاری که شما می خواهید مصرف کنید تحت پوشش نباشد. ممکن است دارو جدید باشد و ما هنوز ایمنی و کارایی آن را بررسی نکرده باشیم.
 - دارو تحت پوشش است اما قوانین و محدودیت های ویژه ای برای پوشش آن وجود دارد. همانطور که در قسمت بالای این فصل توضیح داده شد، برخی داروهای تحت پوشش بیمه درمانی ما قوانینی دارند که استفاده آنها را محدود می کند. در برخی موارد، ممکن است شما و یا تجویزکننده تان از ما درخواست استثناء برای قانون را داشته باشید.
- اگر داروی شما آنطور که دوست دارید تحت پوشش قرار نمی گیرد، اقداماتی هست که می توانید انجام دهید.

D1. دریافت یک ذخیره موقت

در برخی موارد، زمانی که دارو در فهرست دارو نیست و یا به نحوی محدود شده است می توانیم به شما ذخیره موقتی از دارو را بدهیم. این به شما زمان می دهد که با ارائه دهنده خدمات درمانی تان درباره گرفتن داروی متفاوت صحبت کنید و یا از ما بخواهید که دارو را پوشش دهیم.

برای گرفتن ذخیره موقت یک دارو، باید دو قانون ذیل را رعایت کنید:

1. دارویی که شما در حال مصرف آن هستید:

- دیگر در فهرست داروی ما موجود نیست، یا
- هیچ وقت در فهرست داروی ما موجود نبوده است، یا
- در حال حاضر به نحوی محدود شده است.

2. شما باید در یکی از این موقعیت ها باشید:



- شما سال گذشته عضو طرح بوده اید.
 - ما ذخیره موقتی داروی شما را طی 90 روز اول سال تقویمی پوشش می دهیم.
 - این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز ادامه خواهد داشت.
 - اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده، ما می توانیم تا چند بار تمدید نسخه در حد مصرف دارو برای حداکثر 30 روز به شما ارائه دهیم. شما باید نسخه خود را از یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.
 - داروخانه های خدمات درازمدت ممکن است داروی شما را در مقدارهای کم تر ارائه دهد تا از هدر رفتن آنها جلوگیری شود.
- شما تازه عضو طرح ما شده اید.
 - ما یک ذخیره موقت داروی شما را طی اولین 90 روز عضویت تان در این بیمه درمانی پوشش خواهیم داد.
 - این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز ادامه خواهد داشت.
 - اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده، ما می توانیم تا چند بار تمدید نسخه در حد مصرف دارو برای حداکثر 30 روز به شما ارائه دهیم. شما باید نسخه خود را از یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.
 - داروخانه های خدمات درازمدت ممکن است داروی شما را در مقدارهای کم تر ارائه دهد تا از هدر رفتن آنها جلوگیری شود.
- بیش از 90 روز عضو بیمه بوده اید و در یک تسهیلات مراقبتی درازمدت زندگی می کنید و فوراً به دارو نیاز دارید.
 - ما یک ذخیره دارویی برای مصرف 31 روزه، یا کمتر، در صورتی که نسخه برای مقداری کمتر باشد، ارائه می دهیم. این علاوه بر ذخیره موقت ذکر شده فوق می باشد.
 - برای درخواست ذخیره موقت دارو با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.
- زمانی که ذخیره موقت دارو دریافت می کنید، باید با ارائه دهندگان خدمات خود صحبت کنید تا مشخص شود که هنگام پایان ذخیره داروی تان چه باید انجام داد. گزینه های شما عبارتست از:
 - شما می توانید داروی خود را عوض کنید.
- ممکن است داروی متفاوتی تحت پوشش بیمه درمانی ما و مناسب شما باشد. شما می توانید برای گرفتن فهرستی از داروهای تحت پوشش که برای درمان همان بیماری تان استفاده می شوند با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. این فهرست می تواند به ارائه دهندگان خدمات شما کمک کند تا داروی تحت پوشش مناسب شما را پیدا کنند.
- یا
- شما می توانید درخواست استثناء کنید.
- شما و ارائه دهندگان خدمات شما می توانید از ما درخواست کنید که استثناء قائل شویم. به طور مثال، می توانید از ما بخواهید که دارویی را پوشش دهیم حتی اگر در فهرست دارو نباشد. یا می توانید از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه دهندگان خدمات شما تأیید کنند که دلیل پزشکی خوبی برای در نظر گرفتن استثناء دارید، می توانند به شما برای درخواست آن کمک کنند.



برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست استثناء به بخش F از فصل 9 مراجعه کنید.

در صورت نیاز به راهنمایی در مورد تقاضای استثنای دارویی، می توانید با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبت های خود تماس بگیرید.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

اکثر تغییرات در پوشش دارویی شما 1 ژانویه صورت می گیرد. با این وجود، ما ممکن است طی سال تغییراتی در فهرست دارو ایجاد کنیم. ما همچنین ممکن است قوانین مربوط به داروها را در مواردی تغییر دهیم. برای مثال ممکن است:

- تصمیم بگیریم که دارویی نیاز به تأییدیه قبلی داشته باشد یا نداشته باشد. (تأییدیه قبلی، کسب اجازه از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan پیش از دریافت دارو می باشد.)
- اضافه کردن یا تغییر دادن مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید (که "محدودیت مقدار" نامیده می شود).
- سختگیری های موجود برای درمان مرحله ای با دارویی خاص را اضافه کنیم و یا تغییر دهیم. (درمان مرحله ای به این معنا است که پیش از اینکه دارویی را تحت پوشش قرار دهیم، لازم است که اول دارویی دیگر را امتحان کرده باشید.)

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، بخش C این فصل را مطالعه کنید.

اگر شما دارویی مصرف کنید که در **ابتدای** سال جاری پوشش داده شده است، معمولاً در **طول بقیه سال**، ما پوشش آن دارو را تغییر نخواهیم داد مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزانتر در دسترس قرار گرفته باشد که با همان کارایی داروی موجود در فهرست دارویی عمل می کند، یا
- ما مطلع شویم که یک دارو بی خطر نیست، یا
- یک دارو از بازار جمع شود.

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه موقع لیست دارو تغییر می کند، همیشه می توانید:

- نسخه به روز شده فهرست داروهای تحت پوشش را در وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect بررسی کنید یا
- برای بررسی فهرست دارویی کنونی هفت روز هفته از 8 صبح الی 8 شب با بخش مراقبت مشتریان به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

برخی از تغییرات در فهرست دارویی **بلافاصله** اتفاق می افتند. به عنوان مثال:

- یک داروی **ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد**. برخی اوقات یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد که با همان کارایی داروی برند موجود در فهرست دارویی عمل می کند. هنگامی که این اتفاق می افتد، ما ممکن است داروی برند را حذف کنیم و داروی ژنریک را اضافه کنیم، اما هزینه های شما برای داروی جدید مشابه باقی می ماند یا کمتر خواهد شد.



وقتی ما داروی جدید ژنریک را اضافه می کنیم، همچنین ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند فعلی را در فهرست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت های پوشش آن را تغییر دهیم.

○ ممکن است قبل از اینکه این تغییر را انجام دهیم، به شما اطلاعی ندهیم، اما ما اطلاعاتی را در مورد تغییر خاصی که انجام داده ایم به محض اعمال برای شما ارسال خواهیم کرد.

○ شما یا ارائه دهنده خدمات همچنین می توانید درباره این محدودیت ها درخواست اعمال "استثنا" کنید. ما برای شما یک اعلامیه ارسال می کنیم و در آن درباره مراحل که باید برای درخواست اعمال استثناء طی شود به شما اطلاع رسانی می کنیم. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره استثناءها، لطفاً به فصل 9 مراجعه کنید.

● یک دارو از بازار جمع شود. اگر Food and Drug Administration (سازمان غذا و دارو، یا به اختصار FDA) اعلام کند که داروی مورد مصرف شما ایمن نمی باشد یا تولید کننده دارو آن را از بازار جمع کند، ما بلادرنگ آن را از فهرست دارویی حذف خواهیم کرد. اگر شما آن دارو مصرف می کنید، به شما اطلاع خواهیم داد. ما ممکن است یک ذخیره 60 روزه از دارویتان را به شما ارائه کنیم. شما باید با همکاری ارائه دهنده خدمات خود یک داروی دیگر که برای بیماری یا وضعیت شما مفید بوده و طرح نیز آن را پوشش می دهد، انتخاب کنید.

ما ممکن است تغییرات دیگری اعمال کنیم که بر روی داروهای مورد استفاده شما تأثیر گذار باشد. ما پیشاپیش درباره این تغییرات دیگر در فهرست دارویی به شما اطلاع رسانی خواهیم کرد. این تغییرات ممکن است در این موارد رخ دهد:

● FDA راهنمای جدیدی را ارائه دهد و یا دستورالعمل های بالینی جدیدی در مورد یک دارو صادر شود.

● ما یک داروی ژنریک را به فهرست خود اضافه نمائیم که برای بازار جدید نیست و

○ یک داروی دارای نام تجاری که در حال حاضر در فهرست دارویی می باشد را جایگزین کنیم یا

○ قوانین پوشش یا محدودیت ها برای داروی دارای نام تجاری را تغییر دهیم.

زمانی که این تغییرات اتفاق می افتند، ما:

● حداقل 30 روز قبل از اتفاق افتادن این تغییرات در فهرست دارویی، موضوع را به شما اطلاع خواهیم داد یا

● موضوع را به شما اطلاع داده و ذخیره 60 روزه از دارویی را که درخواست تمدید نسخه آن را کرده اید، در اختیارتان قرار خواهیم داد.

این کار به شما این فرصت را می دهد که با پزشک معالج خود یا دیگر نسخه دهندگان مشورت کنید. او می تواند به شما کمک کند که درباره موارد زیر تصمیم بگیرید:

● چنانچه داروی مشابهی در فهرست دارویی بود که می توانید به عنوان داروی جایگزین استفاده کنید یا

● یا اینکه آیا درباره این محدودیت ها درخواست اعمال "استثنا" کنید. جهت اطلاع از نحوه درخواست استثنا به بخش F از فصل 9 مراجعه کنید.

ممکن است در فهرست داروهایی که شما استفاده می کنید اما در حال حاضر تأثیری روی شما ندارند، تغییراتی ایجاد کنیم. برای چنین تغییراتی، اگر شما دارویی مصرف کنید که در ابتدای سال جاری پوشش داده شده است، معمولاً در طول بقیه سال، ما پوشش آن دارو را تغییر نداده یا حذف نخواهیم کرد.



برای مثال، اگر ما دارویی که شما مصرف می کنید را حذف یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر اثری روی مصرف دارو توسط شما برای باقیمانده سال نخواهد داشت.

F. پوشش داروها در مواردی خاص

F1. اگر در بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش بیمه درمانی ما اقامت دارید

اگر برای اقامت در یک بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش بیمه درمانی ما پذیرش گرفته اید، ما معمولاً هزینه داروهای تجویزی در طول مدت اقامت تان را پوشش خواهیم داد. شما مجبور نخواهید بود هزینه ای بابت تعرفه سهم بیمار پرداخت کنید. زمانی که از بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای مرخص می شوید، مشروط بر اینکه همه قوانین ما برای پوشش رعایت شود، داروهای شما را پوشش می دهیم.

برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره پوشش دارو و آنچه که شما پرداخت می کنید، به فصل 6 مراجعه کنید.

F2. اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید

معمولاً، مراکز مراقبت بلند مدت، مانند آسایشگاه ها، داروخانه خود را دارند و یا داروخانه ای که داروهای تمام ساکنین آنها را تامین می کند. اگر در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید، می توانید داروهای تجویزیتان را از طریق داروخانه مرکز، در صورتی که طرف قرارداد ما باشد، دریافت کنید.

برای اطلاع از این که آیا داروخانه مرکز ارائه دهنده خدمات بلند مدت، تحت شبکه ما فعالیت می کند، به فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید. اگر داروخانه عضو شبکه بیمه نباشد، یا اگر احتیاج به اطلاعات بیشتری دارید لطفاً با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

F3. اگر در آسایشگاه بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare هستید

داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند.

- اگر عضو یک آسایشگاه بیماری های لاعلاج Medicare هستید و نیاز به داروی مسکن، ضدتهوع، ملین یا ضداضطراب دارید که به دلیل این که به بیماری لاعلاج شما و عارضه های مربوطه ربطی ندارد، تحت پوشش آسایشگاه بیماری های لاعلاج شما نیست، بیمه ما پیش از آن که بتواند آن دارو را پوشش دهد باید از تجویز کننده یا ارائه دهنده خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج شما نامه ای مبنی بر این که دارو به بیماری شما ربطی ندارد دریافت کند.

- به منظور جلوگیری از تأخیر در دریافت هر داروی نامربوط که بیمه ما باید پوشش دهد، پیش از مراجعه به داروخانه می توانید از ارائه دهنده خدمات آسایشگاه خود یا تجویزکننده بخواهید مطمئن شود که ما یک گواهی مبنی بر نامربوط بودن دارو را دریافت کرده ایم.

در صورت ترک آسایشگاه، بیمه ما باید همه داروهای شما را پوشش دهد. به منظور جلوگیری از هر گونه تأخیر در داروخانه زمانی که مزایای آسایشگاه Medicare به پایان می رسد، شما باید مدارک مربوطه را به عنوان گواهی این که آسایشگاه را ترک کرده اید با خود به داروخانه ببرید. برای اطلاع از مقررات مربوط به پوشش داروها بر اساس بخش D به بخش های پیشین این فصل مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات درباره مزایای آسایشگاه های بیماری های لاعلاج، به بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.



G. برنامه های ایمنی دارویی و مدیریت دارو

G1. برنامه های کمک به اعضاء برای استفاده بی خطر از دارو

هر بار که نسخه ای را تجدید می کنید، ما مشکلات احتمالی مربوطه، از قبیل خطاهای دارو یا داروهایی که از وضعیت ها برخوردار باشند را بررسی می کنیم:

- داروهایی که ممکن است به این دلیل که شما داروی دیگری با همان تاثیرات مصرف می کنید مورد نیاز نباشند
 - داروهایی که ممکن است برای سن و جنسیت شما بی خطر نباشند
 - داروهایی که ممکن است به دلیل استفاده همزمان به شما آسیب برسانند
 - داروهایی که ممکن است دارای ترکیباتی باشند که شما به آنها آلرژی دارید
 - داروهایی که ممکن است میزان داروهای ضد درد مخدر آن نالین باشد
- اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای تجویزی مشاهده کنیم، با ارائه دهندگان خدمات شما همکاری می کنیم تا مشکل را رفع کنیم.

G2. برنامه هایی برای کمک به اعضاء در مدیریت داروهای خود

اگر برای ناراحتی های دیگری دارو مصرف می کنید و/یا عضو برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program) هستید تا به شما در مصرف بی خطر داروهای مخدرتان کمک کنند، ممکن است برای دریافت خدمات بدون هزینه از طریق یک برنامه مدیریت درمان دارویی یا به اختصار (MTM) واجد شرایط باشید. این برنامه به شما و ارائه دهنده خدمات شما کمک می کند مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامت تان کارساز هستند. یک داروساز یا متخصص امور پزشکی دیگر مرور جامعی از همه داروهای شما ارائه خواهد داد و درباره موارد زیر با شما صحبت خواهد کرد:

- چگونه می توانید حداکثر استفاده از داروهایی که مصرف می کنید را ببرید
 - هر نگرانی که داشته باشید، مانند هزینه و عوارض داروها
 - چگونه داروی خود را به بهترین نحو مصرف کنید
 - هر نوع سوال یا مشکلی که ممکن است درباره نسخه خود و داروهای بدون نسخه داشته باشید
- به شما یک نسخه کتبی از این گفتگو ارائه خواهد شد. در این خلاصه یک برنامه عملی دارویی گنجانده می شود که به شما توصیه می کند برای بهترین استفاده از داروی خود چه کنید. همچنین یک فهرست دارویی شخصی دریافت خواهید کرد که شامل همه داروهایی که مصرف می کنید و دلیل مصرف آنها خواهد بود. علاوه بر این، در مورد دفع بی خطر داروهای تجویزی که مواد کنترل شده هستند، اطلاعاتی به دست خواهید آورد.
- فکر خوبی است که جلسه مرور داروهای خود را پیش از جلسه سالانه "سلامت" خود داشته باشید تا بتوانید با پزشک خود درباره برنامه عملی و فهرست دارویی خود صحبت کنید. برنامه عملی و فهرست دارویی خود را همراهتان به جلسه معاینه یا هر زمان که با پزشکانتان، داروسازان، و دیگر متخصصین درمانی خود گفتگو می کنید، ببرید. در صورت مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس فهرست دارویی خود را همراهتان ببرید.



برنامه های مدیریت دارو درمانی برای اعضاء واجد شرایط داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه ای داشته باشیم که متناسب نیازهای شما باشد، شما را در این برنامه ثبت نام کرده اطلاعات مربوطه را برای شما می فرستیم. اگر نمی خواهید در چنین برنامه ای باشید، لطفاً به ما اطلاع دهید تا شما را از این برنامه حذف کنیم.

اگر درباره این برنامه ها سوالی دارید، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت دارو برای کمک به اعضاء در استفاده از داروهای دارای مخدر

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دارای برنامه ای می باشد که می تواند به اعضاء کمک کند تا بگونه ای ایمن از داروی تجویزی دارای مخدر یا داروهای دیگری که اغلب به شیوه ای نادرست مورد استفاده قرار می گیرند، استفاده کنند. این برنامه، Drug Management Program (برنامه مدیریت دارو، یا به اختصار DMP) نامیده می شود.

اگر از داروهای دارای مخدر استفاده می کنید که آنها را از چندین پزشک یا داروخانه دریافت می کنید یا اگر اخیراً بیش مصرفی داشته اید، ما ممکن است با پزشکانتان صحبت کنیم تا اطمینان حاصل شود که مصرف داروهای مخدر به شیوه ای مناسب و از لحاظ پزشکی ضروری می باشد. در همکاری با پزشکانتان، اگر به این نتیجه برسیم که مصرف داروهای دارای مخدر یا بنزودیازپین توسط شما ایمن نیست، ممکن است نحوه دریافت آن داروها توسط شما را محدود کنیم. محدودیت ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- ملزم ساختن شما به دریافت تمامی نسخه های این داروها از یک داروخانه و /یا از یک پزشک

- محدود کردن مقدار آن داروها که ما برایتان تحت پوشش قرار می دهیم

اگر معتقد باشیم که یک یا چند محدودیت باید برای شما اعمال شود، پیشاپیش برایتان نامه ای ارسال خواهیم کرد. این نامه محدودیت هایی که به نظر ما باید اعمال شود را برای شما توضیح می دهد.

شما از این امکان برخوردار خواهید بود تا به ما بگویید که ترجیح می دهید از کدام پزشکان یا داروخانه ها استفاده کنید و همچنین هر اطلاعاتی که فکر می کنید دانستن آن برای ما مهم است را ارائه کنید. بعد از اینکه فرصت پاسخگویی به شما داده شد، اگر به این نتیجه برسیم که پوشش شما برای این داروها را محدود کنیم نامه دیگری را برای شما ارسال خواهیم کرد که محدودیت ها را تأیید می کند.

اگر فکر می کنید که ما اشتباه کرده ایم، مخالف هستیم که شما در معرض خطر سوء مصرف داروی تجویزی هستید، یا با محدودیت مربوطه موافق نیستید، شما یا تجویزکننده دارویتان می توانید درخواست تجدید نظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر دهید، طرح درمانی ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کند و تصمیم ما را به شما اعلام می کند. اگر همچنان بخشی از درخواست تجدیدنظر شما در مورد محدودیت دسترسی تان به این داروها را رد کنیم، به طور خودکار پرونده شما را به یک مرجع بررسی مستقل (Independent Review Entity) یا به اختصار (IRE) ارسال خواهیم کرد. (برای آگاهی نسبت به نحوه درخواست تجدیدنظر و اطلاعات بیشتر درباره مرجع بررسی مستقل (IRE) به فصل 9 مراجعه کنید).

ممکن است در موارد زیر DMP در مورد شما اعمال نشود:

- در صورتی که شما به برخی بیماری های خاص، مانند سرطان یا کم خونی داسی شکل مبتلا باشید،

- در حال دریافت مراقبت های آسایشگاهی، تسکینی یا مراقبت های پایان زندگی هستید، یا

- اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید.



فصل 6: مبلغی که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal خود می پردازید

مقدمه

این فصل به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می دهد. منظور ما از "دارو" موارد زیر است:

- داروهای نسخه ای بخش D از Medicare و
- داروها و وسایل تحت پوشش Medi-Cal و
- داروها و وسایلی به عنوان مزایای اضافی تحت پوشش بیمه هستند.

به دلیل واجد شرایط بودن برای Medi-Cal، شما "کمک اضافه ای" از Medicare برای پرداخت هزینه داروهای نسخه ای بخش D از Medicare خود دریافت می کنید.

Extra Help یک برنامه Medicare می باشد که به افراد با درآمد و منابع مالی محدود کمک می کند تا هزینه داروهای تجویزی بخش D از Medicare آنها مانند حق بیمه ها، کسورات و تعرفه های سهم بیمار کاهش یابد. **Extra Help** همچنین "یارانه افراد کم درآمد" یا "LIS" هم نامیده می شود.

سایر اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء نمایش داده شده اند.

برای دریافت اطلاعات بیشتر از داروهای نسخه ای می توانید به منابع زیر مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.

○ به طور مختصر آن را فهرست دارویی می نامیم. این فهرست اطلاعات زیر را به شما ارائه می دهد:

- اینکه هزینه کدام داروها را ما پرداخت می کنیم
- هر دارو در کدام یک از چهار (4) رده سهم هزینه قرار دارد
- چرا برخی داروها محدودیت دارند

○ در صورت نیاز به یک نسخه از فهرست دارویی، با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. همچنین می توانید فهرست دارو را در وبسایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مشاهده کنید. فهرست دارویی در وب سایت ما همیشه به روز است.

- فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضاء را بخوانید.

○ فصل 5 به شما اطلاعاتی درباره چگونگی دریافت داروهای نسخه ای سرپایی از طریق طرح ما را ارائه می دهد.



○ این فصل شامل قوانینی می شود که شما باید آنها را رعایت کنید. این فصل همچنین به شما درباره انواع داروهای نسخه ای که تحت پوشش بیمه ما نیستند اطلاعاتی را ارائه می کند.

● فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه های ما.

○ در اکثر موارد، باید برای دریافت داروهای تحت پوشش خود به یکی از داروخانه های عضو شبکه مراجعه کنید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که قبول کرده اند با ما کار کنند.

○ فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه ها حاوی فهرستی است از داروخانه های عضو شبکه. شما می توانید اطلاعات بیشتری درباره داروخانه های عضو شبکه در بخش A از فصل 5 مطالعه کنید.



فهرست مطالب

A. شرح مزایا (Explanation of Benefits) یا به اختصار (EOB).....	128
B. پیگیری حساب هزینه های دارویی خود.....	128
C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D.....	129
D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه.....	130
D1. انتخاب داروخانه.....	130
D2. دریافت ذخیره بلند مدت یک دارو.....	130
D3. آنچه شما پرداخت می کنید.....	131
D4. پایان مرحله پوشش اولیه.....	134
E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی.....	134
F. هزینه های داروی شما اگر پزشک تان آن را برای مصرف کم تر از یک ماه کامل تجویز کرده باشد.....	134
G. کمک در سهم هزینه برای داروهای نسخه ای افراد مبتلا به ایدز/اچ آی وی.....	135
G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP، AIDS Drug Assistance Program) چیست؟.....	135
G2. در صورت عدم عضویت در ADAP چه باید کرد.....	135
G3. در صورتی که هم اکنون عضو ADAP هستید چکار باید کرد.....	135
H. واکسیناسیون.....	135
H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید.....	135
H2. آنچه شما برای واکسن های بخش D Medicare پرداخت می کنید.....	136



A. شرح مزایا یا به اختصار (EOB)

بیمه ما سابقه داروهای نسخه ای شما را نگه می دارد. ما دو نوع از هزینه ها را ردگیری می کنیم:

- هزینه های پرداخت شده از جیب شما. منظور از این مبلغی است که شما، یا دیگران از جانب شما، برای نسخه هایتان خودتان پرداخت می کنید.

- کل هزینه داروی های شما. منظور از این مبلغی است که ما و شما، یا دیگران از جانب شما، برای نسخه هایتان خودتان پرداخت می کنیم.

زمانی که با استفاده از بیمه ما داروهای تجویزی دریافت می کنید، ما گزارشی تحت عنوان شرح مزایا برای شما ارسال می کنیم. ما آن را به اختصار EOB می نامیم. شرح مزایا EOB، اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می کنید، مثل افزایش قیمت و سایر داروهایی با سهم هزینه پایین تر که ممکن است در دسترس باشند، می دهد. می توانید در مورد این گزینه های کم هزینه تر با پزشک خود صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر است:

- اطلاعات ماهانه. در گزارش ذکر می شود که چه داروهای نسخه ای دریافت کرده اید. این نشان دهنده هزینه کلی داروها شامل آنچه ما پرداخت کرده ایم و آنچه شما و دیگرانی که پول داروهای شما را می پردازند پرداخت کرده اید، می باشد.

- اطلاعات "سالانه تا به امروز". این شامل هزینه کلی داروهای شما و کل پرداخت ها از اول ژانویه می باشد.

ما داروهایی که Medicare پوشش نمی دهد را پوشش می دهیم.

- پرداخت هایی که برای این داروها انجام می شود جزو هزینه های پرداخت از جیب کلی شما محسوب نمی شود.
- ما همچنین هزینه برخی داروهای بدون نیاز به نسخه را می پردازیم. شما برای این دارو نیازی به پرداخت هیچگونه هزینه ندارید.
- برای آگاهی از داروهایی که بیمه ما مورد پوشش قرار می دهد، به فهرست داروها مراجعه کنید.

B. پیگیری حساب هزینه های دارویی خود

ما برای ردگیری هزینه داروهای شما و پرداخت هایی که انجام داده اید از سوابقی که از خود شما و داروخانه شما جمع آوری می شود استفاده می کنیم. شما به این صورت می توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

هر گاه که برای خرید داروی نسخه ای خود می روید، از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید. این به ما کمک می کند تا از نوع داروهای شما و این که چه مبلغی برای آن پرداخت می کنید اطلاع داشته باشیم.

2. اطمینان حاصل کنید که اطلاعات مورد نیاز را در اختیار ما قرار داده اید.

کپی رسید پرداخت هایی که برای داروهای خود انجام داده اید را به ما بدهید. شما می توانید از ما بخواهید سهم خود از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

شما باید در موارد زیر، کپی رسیدهای خود را در اختیار ما قرار دهید:



- وقتی شما یک داروی تحت پوشش به قیمت خاص از یک داروخانه شبکه دریافت کرده یا از یک کارت تخفیف استفاده می کنید جزو مزایای طرح ما نیست
- وقتی برای داروهایی که با استفاده از یک برنامه "کمک به بیمار و داروساز" دریافت می کنید، سهم بیمار را پرداخت می کنید
- وقتی که داروهای تحت پوشش را از داروخانه ای خارج از شبکه تهیه می کنید
- وقتی که قیمت کامل یک داروی تحت پوشش را پرداخت می کنید

برای اطلاع از نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت سهم خود از هزینه دارو، به بخش های A و B از فصل 7 مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به پرداخت هایی که دیگران برای شما انجام داده اند را برای ما ارسال کنید.

پرداخت هایی که افراد و سازمان های دیگر برای شما انجام داده اند نیز جزو هزینه های پرداخت از جیب شما محسوب می شود. برای مثال، پرداخت هایی که توسط یک برنامه کمک دارویی افراد مبتلا به ایدز، خدمات بهداشت سرخپوستان، و اکثر خیریه ها پرداخت می شود جزو هزینه پرداخت از جیب شما محسوب می شود. این به شما کمک می کند تا برای "پوشش بحرانی"، واجد شرایط شوید. وقتی که به مرحله پوشش بحرانی برسید، بیمه درمانی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه همه داروهای بخش D شما را برای بقیه سال پرداخت می کند.

4. گزارش هایی که برای شما می فرستیم را بررسی کنید.

وقتی یک گزارش شرح مزایا را با پست دریافت می کنید، لطفا مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد. اگر فکر می کنید چیزی در گزارش از قلم افتاده یا اشتباه است یا اگر هر سوالی برای شما پیش آمده است، لطفا با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. حتما این گزارش ها را نزد خود نگهداری کنید. این گزارش ها سابقه مهمی از هزینه های داروهای شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D

طبق Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، دو مرحله پرداخت برای پوشش داروهای تجویزی Medicare بخش D شما وجود دارد. اینکه شما چه مبلغی باید بپردازید به این بستگی دارد که هنگام ارائه اولین نسخه و تجدید آن، در کدام مرحله قرار داشته باشید. این دو مرحله عبارت است از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی
در این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می کنید. سهم شما، تعرفه سهم بیمار نامیده می شود. این مرحله وقتی آغاز می شود که شما اولین نسخه سال را تحویل می گیرید.	طی این مرحله، ما کل هزینه های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2021 پرداخت می کنیم. شما این مرحله را وقتی آغاز می کنید که مبلغ هزینه های پرداخت از جیب شما به حد خاصی رسیده باشد.



D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در مرحله اولیه پوشش، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه ای تحت پوشش را پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می کنید. سهم شما، تعرفه سهم بیمار نامیده می شود. تعرفه سهم بیمار به رده تقسیم هزینه دارو و به اینکه دارو را از کجا تهیه می کنید بستگی دارد.

رده های تقسیم هزینه، گروه داروهایی هستند که تعرفه سهم بیمار یکسانی دارند. هر یک از داروهای موجود در فهرست داروی ما در یکی از چهار (4) رده سهم هزینه جای می گیرد. عموماً، هرچه رده مربوطه بالاتر باشد، تعرفه سهم بیمار نیز بالاتر خواهد بود. برای اینکه بدانید داروهای شما در کدامیک از این رده های تقسیم هزینه قرار می گیرد، به فهرست داروها مراجعه کنید.

- رده 1 سهم هزینه (پایین ترین رده ما) شامل داروهای ژنریک ترجیحی است. تعرفه سهم بیمار \$0 است.
- رده 2 سهم هزینه شامل داروهای ژنریک است. تعرفه سهم بیمار \$0 تا \$3.70 است.
- رده 3 سهم هزینه (بالاترین ترین رده ما) شامل داروهای برند می شود. تعرفه سهم بیمار \$0 تا \$9.20 است.
- رده 4 سهم هزینه شامل داروهای غیر Medicare و داروهای بدون نسخه (OTC) می شود. تعرفه سهم بیمار \$0 است.

برای اطلاع از این که داروی شما در کدام رده سهم هزینه قرار دارد، داروی مربوطه را در دارونامه (فهرست دارویی) Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan پیدا کنید.

D1. انتخاب داروخانه

اینکه چه مبلغی برای دارویتان پرداخت می کنید به این بستگی دارد که آیا دارو را از:

- یک داروخانه عضو شبکه، یا
 - یک داروخانه خارج از شبکه خریداری می کنید.
- در موارد محدود، ما نسخه هایی که از داروخانه های خارج از شبکه تهیه شده اند را پوشش می دهیم. برای اطلاع از مواردی که در آن ما چنین کاری می کنیم به بخش A از فصل 5 مراجعه کنید.
- برای اطلاعات درباره گزینه های انتخاب داروخانه، به بخش A از فصل 5 این کتابچه و فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های ما مراجعه کنید.

D2. دریافت ذخیره بلند مدت یک دارو

برای برخی داروها، به هنگام دریافت نسخه، شما می توانید یک ذخیره بلند مدت (که "ذخیره تمدید شده" هم نامیده می شود) را دریافت کنید. ذخیره بلند مدت به تأمین 100 روزه دارو برای رده 1 و تأمین 90 روزه دارو برای رده های 32- گفته می شود. هزینه آن برای شما با هزینه داروی یک ماه یکسان است.

برای اطلاع از جزئیات این که کجا و چگونه می توانید ذخیره بلند مدتی از یک دارو را تأمین کنید، به بخش A از فصل 5 یا فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید.



D3. آنچه شما پرداخت می کنید

در مرحله پوشش اولیه، هر بار که شما داروهای یک نسخه را دریافت می کنید، ممکن است یک سهم بیمار بپردازید. اگر هزینه های داروهای تحت پوشش از تعرفه سهم بیمار کمتر باشد، شما فقط آن هزینه کمتر را پرداخت می کنید.

برای کسب اطلاع از مبلغ تعرفه سهم بیمار برای هر داروی تحت پوشش، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

سهم پرداختی شما هنگامی که ذخیره یک ماهه از داروی نسخه ای تحت پوشش خود می گیرید:

یک داروخانه عضو شبکه	سرویس سفارش پستی طرح	یک داروخانه عضو شبکه	یک داروخانه خارج از شبکه
ذخیره یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	ذخیره یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	تأمین دارو تا 31 روز	تأمین دارو تا 10 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می شود. برای اطلاع از جزئیات به بخش A از فصل 5 مراجعه کنید.
سهم هزینه رده 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)	0\$ تعرفه سهم بیمار	سفارش پستی در دسترس نمی باشد.	0\$ تعرفه سهم بیمار
سهم هزینه رده 2 (داروهای ژنریک)	0\$، 1.30\$ یا 3.70\$ تعرفه سهم بیمار	سفارش پستی در دسترس نمی باشد.	0\$، 1.30\$ یا 3.70\$ تعرفه سهم بیمار
	تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.		تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.



یک داروخانه عضو شبکه	سرویس سفارش پستی طرح	یک داروخانه عضو شبکه	یک داروخانه عضو شبکه	یک داروخانه خارج از شبکه
نخیره یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	نخیره یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	تأمین دارو تا 31 روز	تأمین دارو تا 10 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می شود. برای اطلاع از جزئیات به بخش A از فصل 5 مراجعه کنید.	
سهام هزینه رده 3 (داروهای برند)	سفرش پستی در دسترس نمی باشد.	0\$، 4.00\$ یا 9.20\$ تعرفه سهم بیمار	0\$، 4.00\$ یا 9.20\$ تعرفه سهم بیمار	0\$، 4.00\$ یا 9.20\$ تعرفه سهم بیمار
تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	سفرش پستی در دسترس نمی باشد.	تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.
سهام هزینه رده 4 (داروهای / Non-Medicare RX بدون نسخه (OTC))	سفرش پستی برای داروهای رده 4 در دسترس نمی باشد	0\$ تعرفه سهم بیمار	0\$ تعرفه سهم بیمار	0\$ تعرفه سهم بیمار

سهم شما از هزینه هنگامی که یک نخیره بلند مدت از یک داروی تجویزی تحت پوشش را از این مکان ها دریافت می کنید:



سرویس سفارش پستی طرح	یک داروخانه عضو شبکه	
\$0 تعرفه سهم بیمار	\$0 تعرفه سهم بیمار	سهم هزینه رده 1: داروهای ژنریک ترجیحی تأمین دارو تا 100 روز.
\$0، \$1.30 یا \$3.70 تعرفه سهم بیمار تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$1.30 یا \$3.70 تعرفه سهم بیمار تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	سهم هزینه رده 2: داروهای ژنریک تأمین دارو تا 90 روز
\$0، \$4.00 یا \$9.20 تعرفه سهم بیمار تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$4.00 یا \$9.20 تعرفه سهم بیمار تعرفه های سهم بیمار بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	سهم هزینه رده 3: داروهای برند تأمین دارو تا 90 روز
سفارش پستی برای داروهای رده 4 در دسترس نمی باشد	نخیره بلندمدت برای داروهای رده 4 در دسترس نمی باشد	سهم هزینه رده 4: داروهای Non-Medicare RX / بدون نسخه (OTC) تأمین دارو تا 90 روز

برای اطلاعات از این که چه داروخانه هایی می توانند به شما دارویشان را برای مصرف درازمدت ارائه دهند، به فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید.



D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه زمانی به پایان می رسد که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما به \$6,550 برسد. در این زمان مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. ما همه هزینه های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد. گزارش های شرح مزایا به شما کمک می کنند که حساب کل مبالغی که در طول سال برای داروهای خود پرداخت کرده اید را داشته باشید. در صورتی که هزینه های شما به سقف \$6,550 برسد ما به شما اطلاع خواهیم داد. خیلی از افراد در طول سال به این حد نمی رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

وقتی که هزینه های پرداختی از جیب شما برای داروهای تجویزی به \$6,550 برسد، مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. پس از ورود به این مرحله، شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند. در این مرحله، کلیه هزینه داروهای Medicare شما توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

F. هزینه های داروی شما اگر پزشک تان آن را برای مصرف کم تر از یک ماه کامل تجویز کرده باشد

- معمولاً، شما برای تأمین یک ذخیره یک ماهه از یک داروی تحت پوشش تعرفه سهم بیمار پرداخت می کنید. با این وجود، پزشک شما می تواند برای مصرف کمتر از یک ماه کامل دارو تجویز کند.
- شاید گاهی بخواهید از پزشک خود درخواست کنید تا به اندازه کمتر از میزان مصرف یک ماه برای شما دارو تجویز کند (برای مثال، در مواقعی که می خواهید دارویی که عوارض جانبی شدید آن ثابت شده است را برای اولین بار مصرف کنید).
 - اگر پزشک شما موافقت کند، شما مجبور نیستید برای مصرف یک ماه کامل برای تهیه برخی از داروهای خاص هزینه پرداخت کنید.
 - هنگامی که دارویی برای کمتر از یک ماه برای شما تجویز شود، مبلغی که پرداخت می کنید بر اساس تعداد روزهایی که دارو را دریافت می کنید محاسبه خواهد شد. ما مبلغ پرداختی شما را به صورت مصرف روزانه دارو ("نرخ تقسیم هزینه روزانه") ضربدر تعداد روزهایی که آن دارو را دریافت می کنید محاسبه خواهیم کرد.
 - به عنوان مثال: فرض کنیم که تعرفه سهم بیمار شما برای داروی یک ماه کامل (یک ذخیره 30 روزه) \$1.30 باشد. این بدان معنی است که مبلغی که شما برای داروی خود پرداخت می کنید کمی بیش از \$0.04 در روز می باشد. اگر شما یک ذخیره 7 روزه از این دارو را دریافت کنید، پرداخت شما کمی بیش از \$0.04 در روز ضربدر 7 روز می شود که رقمی معادل \$0.30 است.
 - تقسیم هزینه به صورت روزانه به شما این امکان را می دهد که قبل از این که هزینه ذخیره یک ماه کامل دارو را بپردازید مطمئن شوید که آیا دارو در مورد شما جواب می دهد و برای تان مناسب می باشد.
 - همچنین می توانید از ارائه دهنده خود درخواست کنید تا کمتر از مقدار تأمین ماهیانه دارو برای تان تجویز کند، تا بتوانید:
 - زمان تمدید داروهایتان را بهتر برنامه ریزی کنید،
 - تمدید داروهایتان را با داروهای دیگری که مصرف می کنید منظم کنید و
 - کمتر به داروخانه مراجعه کنید.



G. کمک در سهم هزینه برای داروهای نسخه ای افراد مبتلا به ایدز/اچ آی وی

G1. برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS Drug Assistance Program، ADAP) چیست؟

برنامه کمک دارویی ایدز یا ADAP کمک می کند تا اطمینان حاصل شود که افراد واجد شرایط مبتلا به اچ آی وی / ایدز به داروهای حیاتی خود دسترسی دارند. داروهای نسخه ای سرپایی بخش D از Medicare نیز که تحت ADAP پوشش داده می شوند واجد شرایط دریافت کمک تقسیم هزینه داروهای نسخه ای از جانب California Department of Public Health (اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا)، اداره ایدز برای افراد عضو ADAP می باشند.

G2. در صورت عدم عضویت در ADAP چه باید کرد

برای کسب اطلاع در مورد معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش، یا نحوه ثبت نام در برنامه، لطفاً با شماره 1-844-421-7050 تماس گرفته یا به وب سایت ADAP به www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx مراجعه کنید.

G3. در صورتی که هم اکنون عضو ADAP هستید چکار باید کرد

ADAP می تواند به ارائه کمک تقسیم هزینه به اعضای ADAP برای داروهای نسخه ای بخش D از Medicare که در فهرست داروی ADAP موجود هستند ادامه دهد. برای اطمینان خاطر از این که این دریافت این کمک ادامه پیدا کند، لطفاً هر گونه تغییر در عنوان طرح یا بیمه نامه خود برای داروهای بخش D از Medicare را به مامور ثبت نام محلی ADAP خود اطلاع دهید. در صورت نیاز به کمک در پیدا کردن نزدیک ترین مرکز/مامور ثبت نام ADAP، با شماره تلفن 1-844-421-7050 تماس گرفته یا به وب سایت فوق مراجعه کنید.

H. واکسیناسیون

ما واکسن های بخش D از Medicare را پوشش می دهیم. پوشش ما برای واکسن های بخش D از Medicare از دو بخش تشکیل می شود:

1. بخش اول پوشش برای هزینه خود واکسن است. واکسن یک داروی نسخه ای محسوب می شود.
2. بخش دوم پوشش برای هزینه تزریق واکسن به شما می باشد. به عنوان مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به عنوان یک تزریق انجام شده توسط پزشک خود دریافت کنید.

H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید

- ما توصیه می کنیم هر وقت تصمیم به تزریق واکسن گرفتید، ابتدا با ما از طریق بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.
- ما می توانیم به شما بگوییم که واکسن شما چگونه توسط طرح ما تحت پوشش قرار می گیرد و سهم شما از هزینه آن را توضیح دهیم.
- ما می توانیم به شما بگوئیم که چگونه می توانید با استفاده از داروخانه ها و ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه هزینه های خود را کاهش دهید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که قبول کرده اند با ما کار کنند. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این طرح سلامت کار می کند. برای کسب اطمینان از اینکه شما هیچ هزینه اولیه ای را برای واکسن های بخش D از Medicare پرداخت نمی کنید، ارائه دهنده خدمات عضو شبکه باید با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan کار کند.



H2. آنچه شما برای واکسن های بخش D Medicare پرداخت می کنید

مبلغی که شما باید برای واکسیناسیون پرداخت کنید به نوع آن (اینکه برای چه موردی واکسن می زنید) بستگی دارد.

- برخی از واکسن ها جزو مزایای سلامتی، و نه دارو، محسوب می شوند. این واکسن ها بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش داده می شوند. برای آگاهی از پوشش این واکسن ها، به بخش جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.
- سایر واکسن ها جزو داروهای بخش D از Medicare محسوب می شوند. شما می توانید این واکسن ها را در فهرست دارویی طرح پیدا کنید. شما ممکن است مجبور باشید برای واکسن های بخش D از Medicare تعرفه سهم بیمار پرداخت کنید.

در این جا سه راه متداول برای دریافت واکسن های بخش D از Medicare مطرح شده است.

1. شما می توانید واکسن بخش D از Medicare و تزریق آن را از یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.

- شما مبلغی بابت سهم بیمار برای واکسن پرداخت خواهید کرد.

2. شما واکسن بخش D از Medicare را در مطب پزشک خود دریافت کرده و پزشک آن را برای شما تزریق می کند.

- شما مبلغی بابت سهم بیمار برای واکسن به پزشک پرداخت خواهید کرد.
- بیمه ما هزینه تزریق آن واکسن را پرداخت خواهد کرد.
- در چنین شرایطی باید از مطب پزشک با ما تماس گرفته شود تا ما مطمئن شویم که آنها می دانند که شما باید برای واکسن سهم بیمار پرداخت کنید.

3. شما می توانید واکسن های بخش D از Medicare را از یک داروخانه دریافت کرده و برای تزریق آن را به مطب پزشک خود ببرید.

- شما مبلغی بابت سهم بیمار برای واکسن پرداخت خواهید کرد.
- طرح ما هزینه تزریق آن واکسن را پرداخت خواهد کرد.



فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید

مقدمه

این فصل به شما می گوید که چگونه و چه وقت یک صورت را برای درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید. این فصل همچنین به شما می گوید که چگونه می توانید در صورت عدم موافقت با یک تصمیم گیری درباره میزان پوشش درخواست تجدیدنظر کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما.....138
- B. ارسال درخواست برای پرداخت.....140
- C. تصمیم گیری درباره میزان پوشش.....141
- D. درخواست های تجدید نظر.....141



A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما

شما نباید برای خدمات یا داروهای داخل شبکه حساب دریافت کنید. ارائه کنندگان خدمات شبکه ما باید صورت حساب خدمات و داروهای تحت پوششی که شما دریافت کرده اید را برای ما ارسال کنند. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این طرح سلامت کار می کند.

اگر شما صورت حسابی برای هزینه کل خدمات درمانی یا داروهای خود دریافت کردید، آن را برای ما بفرستید. برای ارسال صورت حساب به ما، به صفحه 148 مراجعه کنید.

- در صورتی که خدمات و داروهای مربوطه تحت پوشش باشند ما هزینه آنها را مستقیماً به خود ارائه دهنده پرداخت می کنیم.
- اگر خدمات یا داروها پوشش داده شده اند و شما قبلاً بیش از سهم خود برای صورتحساب هزینه پرداخت کرده اید، حق دارید که این مبلغ اضافی به شما بازپس داده شود.
- اگر خدمات و داروها تحت پوشش نباشند ما به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. اگر نمی دانید چه مبلغی باید پرداخت می کرده اید، یا اگر صورت حسابی دریافت کنید که ندانید با آن چه باید بکنید، ما می توانیم به شما کمک کنیم. اگر درباره پرداخت صورت حسابی که از قبل برای ما ارسال کرده اید سوال داشته باشید هم می توانید با ما تماس بگیرید.

موارد زیر مثال هایی هستند از مواقعی که شما می توانید از ما درخواست بازپرداخت به خودتان یا پرداخت یک صورت حساب را بکنید:

1. وقتی از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه خدمات اضطراری یا فوری دریافت می کنید

باید از ارائه کننده خدمات بخواهید که صورت حساب خود را برای ما بفرستد.

- در صورت پرداخت هزینه کل خدماتی که دریافت کرده اید، از ما بخواهید که سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.
- شما ممکن است از یک ارائه دهنده خدمات صورت حسابی دریافت کنید که به نظر خودتان آن مبلغ را بدهکار نیستید. صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.

○ اگر ارائه کننده خدمات مستحق دریافت پرداختی باشد، ما هزینه آنها را مستقیماً به خود ارائه دهنده خدمات پرداخت می کنیم.

○ اگر از پیش هزینه ای بیش از سهم خود از هزینه ها برای خدمات پرداخت کرده اید، ما بررسی خواهیم کرد که بدهی شما چه قدر است و آن را بابت سهم خود از هزینه به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. هنگامی که یک ارائه کننده خدمات شبکه صورت حسابی برای شما می فرستد

ارائه کنندگان خدمات شبکه همیشه باید صورت حساب خود را برای ما بفرستند. در هنگام دریافت هر گونه خدمات و یا داروهای تجویزی، کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خود را نشان دهید. صدور صورتحساب غیرصحیح/نامناسب هنگامی اتفاق می افتد که یک ارائه دهنده خدمات (مانند یک پزشک یا بیمارستان) صورت



حسابی بیش از سهم هزینه طرح برای خدمات، برایتان صادر می کند. اگر هر گونه صورت حسابی دریافت کردید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

- به عنوان یکی از اعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، شما فقط باید تعرفه سهم بیمار را برای خدمات تحت پوشش طرح ما پرداخت کنید. ما به ارائه کنندگان خدمات اجازه نمی دهیم که برای خدمات تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر کنند. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان خدمات، از قیمت واقعی آن خدمات کمتر باشد باز هم خللی در این امر وارد نخواهد آمد. اگر ما تصمیم بگیریم که برخی هزینه ها را پرداخت نکنیم، شما کماکان مجبور به پرداخت آن نیستید.
- هر موقع از ارائه کنندگان خدمات صورت حسابی دریافت کردید که فکر می کنید بیش از مبلغی است که باید پرداخت کنید، آن را برای ما بفرستید. ما مستقیماً با ارائه کننده خدمات تماس گرفته و به مسئله رسیدگی می کنیم.
- اگر صورت حسابی که از یک ارائه کننده خدمات شبکه دریافت کرده اید را پرداخت کرده اید، اما فکر می کنید که بیش از اندازه پرداخت کرده اید، صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت آن را برای ما بفرستید. ما مابه التفاوت مبلغی که شما پرداخت کرده اید و طبق بیمه طلب دارید را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. هنگامی که از داروخانه خارج از شبکه برای دریافت داروهای نسخه خود استفاده می کنید

اگر به یک داروخانه خارج از شبکه مراجعه کنید، باید هزینه کامل نسخه خود را پرداخت کنید.

- فقط در چند مورد، ما نسخه هایی که توسط داروخانه های خارج از شبکه تهیه شده اند را پوشش می دهیم. به هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت سهم خود از هزینه به شما، رونوشت صورت حساب خود را برای ما بفرستید.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره داروخانه های خارج از شبکه، لطفاً به بخش A از فصل 5 مراجعه کنید.

4. هنگامی که به دلیل نداشتن کارت شناسایی عضویت خود ناچار به پرداخت هزینه کامل نسخه می شوید

اگر کارت عضویت بیمه خود را به همراه نداشته باشید، می توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرد تا اطلاعات مربوط به عضویت بیمه شما را بررسی کند.

- اگر داروخانه نتواند به اطلاعات مورد نیاز خود فوراً دسترسی پیدا کند، ممکن است شما ناچار به پرداخت کامل هزینه نسخه بشوید.
- به هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت سهم خود از هزینه به شما، رونوشت صورت حساب خود را برای ما بفرستید.

5. هنگامی که هزینه کامل نسخه دارویی که تحت پوشش نیست را خودتان پرداخت می کنید

ممکن است به این دلیل که داروی شما تحت پوشش نیست ناچار به پرداخت هزینه کامل آن بشوید.

- ممکن است داروی مربوطه در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) ما نباشد، یا نیازمندی ها و محدودیت هایی شامل آن شود که شما از آن مطلع نبودید یا فکر کردید که شامل حال شما نمی شود. اگر تصمیم بگیرید چنین دارویی تهیه کنید، ممکن است لازم شود هزینه کامل آن را خودتان پرداخت کنید.



فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده

○ اگر هزینه دارو را پرداخت نکنید اما فکر کنید که باید پوشش داده شود، می توانید درخواست تعیین پوشش کنید (به بخش F از فصل 9 مراجعه کنید).

○ اگر شما و پزشک شما یا تجویزکننده دیگری بر این باور باشید که نیاز فوری به آن دارو باشد، می توانید درخواست تصمیم پوشش سریع بکنید (به بخش F از فصل 9 مراجعه کنید).

● به هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود از هزینه نسخه رسید آن را هم برایمان بفرستید. در برخی شرایط، ممکن است ما نیاز به دریافت اطلاعات بیشتری از پزشک شما یا دیگر تجویزکننده برای بازپرداخت سهم خود از هزینه دارو به شما داشته باشیم.

هنگامی که برای ما درخواست پرداختی می کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می گیریم که خدمات یا داروی دریافت شده باید پوشش داده شود. به این فرآیند اتخاذ "تصمیم درباره پوشش دادن" می گویند. اگر ما تصمیم بگیریم که موردی باید پوشش داده شود، سهم خود از هزینه خدمات یا داروی مربوطه را پرداخت خواهیم کرد. اگر ما درخواست شما برای پرداخت را رد کنیم، شما می توانید در رابطه با تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

جهت اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش F از فصل 9 مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید. مدرک اثبات پرداخت می تواند نسخه ای از چکی که نوشته اید یا رسید صادر شده از جانب ارائه دهنده باشد. خوب است که از صورت حساب و رسیدهای خود برای داشتن سوابق خود کپی بگیرید. شما می توانید از هدایتگر مراقبتی خود کمک بخواهید.

برای کسب اطمینان از اینکه همه اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری را به ما می دهید، می توانید فرم خسارت ما را پر کرده و درخواست پرداخت کنید.

● نیازی نیست از فرم استفاده کنید، این فرم تنها برای کمک به ما برای پردازش سریعتر اطلاعات می باشد.

● می توانید نسخه ای از این فرم را از وبسایت ما به نشانی

(www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)، دریافت کنید یا با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفته و درخواست دریافت فرم دهید.

درخواست خود برای دریافت پرداختی را همراه با صورت حساب ها یا رسیدها برای ما به نشانی زیر بفرستید:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

درخواست خسارت داروی نسخه دار:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

شما باید درخواست خود طی 365 روز از تاریخی که خدمات، محصول، یا دارو را دریافت کردید به ما ارائه دهید.



C. تصمیم گیری درباره میزان پوشش

پس از دریافت درخواست شما برای انجام یک پرداخت، ما درباره تعیین پوشش تصمیم گیری خواهیم کرد. این بدین معنی است که درباره اینکه آیا خدمات درمانی یا داروی شما تحت پوشش طرح ما قرار می گیرد، تصمیم گیری می کنیم. ما همچنین درباره مبلغی که شما باید برای مراقبت های سلامتی یا داروها پرداخت کنید تصمیم خواهیم گرفت.

- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با شما تماس خواهیم گرفت.
- اگر به این نتیجه برسیم که خدمات درمانی یا داروی مورد نظر شما باید پوشش داده شود و شما همه مقررات را برای دریافت آن رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر از پیش برای خدمات یا داروی مربوطه هزینه پرداخت کرده اید، ما یک چک بابت سهم خود از هزینه آن برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر برای خدمات یا دارو هنوز مبلغی پرداخت نکرده اید، ما سهم خود را مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.
- در بخش B از فصل 3 درباره مقررات دریافت خدمات تحت پوشش تان توضیح داده شده است. بخش های A تا F از فصل 5 توضیحاتی درباره قوانین مربوط به دریافت داروهای تجویزی بخش D از Medicare شما در بر دارد.
- اگر تصمیم ما برای پرداخت سهم خود از هزینه خدمات یا دارو منفی باشد، در نامه کتبی که به شما ارسال می کنیم دلایل خود را توضیح خواهیم داد. این نامه همچنین حاوی حقوق شما برای درخواست تجدید نظر خواهد بود.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات مربوط به پوشش به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.

D. درخواست های تجدید نظر

اگر فکر می کنید ما با رد درخواست شما برای دریافت پرداختی اشتباه کرده ایم، می توانید از ما بخواهید تصمیم خود را عوض کنیم. به این فرآیند درخواست تجدید نظر گفته می شود. شما همچنین می توانید در صورت عدم موافقت درباره مبلغی که ما پرداخت می کنیم درخواست تجدیدنظر کنید.

فرآیند تجدیدنظر، یک فرآیند رسمی با روندهایی دقیق و موعدهای زمانی مقرر است. جهت اطلاعات بیشتر درباره درخواست های تجدید نظر، به بخش های D و E از فصل 9 مراجعه کنید.

- اگر می خواهید برای دریافت بازپرداخت برای خدمات درمانی درخواست تجدید نظر کنید، به صفحه 178 مراجعه کنید.
- اگر می خواهید برای دریافت بازپرداخت برای دارو درخواست تجدید نظر کنید، به صفحه 178 مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما

مقدمه

در این فصل، شما از حقوق و مسئولیت های خود به عنوان یکی از اعضاء این طرح مطلع می گردید. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

- A. حقوق شما برای دریافت اطلاعات به گونه ای که پاسخگوی نیازمندی های شما باشد..... 143
- B. مسئولیت ما در کسب اطمینان از اینکه شما خدمات و داروهای تحت پوشش را به موقع دریافت می کنید..... 150
- C. مسئولیت ما در خصوص حفظ حریم خصوصی و امنیت اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) شما..... 150
- C1. ما چگونه از PHI شما محافظت می کنیم..... 151
- C2. شما حق دارید مدارک پزشکی تان را ببینید..... 151
- C3. شما حق دارید از ما بخواهید که به شیوه خاصی با شما تماس بگیریم یا به آدرس دیگری با شما مکاتبه کنیم..... 152
- C4. شما حق دارید از ما بخواهید که آنچه مورد استفاده یا اشتراک قرار می دهیم را محدود کنیم..... 152
- C5. شما حق دارید فرد دیگری را به عنوان نماینده خود تعیین کنید..... 152
- D. مسئولیت ما در دادن اطلاعات به شما درباره طرح ما، ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه و خدمات تحت پوشش شما..... 152
- E. ارائه دهندگان خدمات شبکه نمی توانند مستقیماً برای شما صورت حساب بفرستند..... 153
- F. حق شما برای انصراف از عضویت در Cal MediConnect plan ما..... 153
- G. حق شما برای تصمیم گرفتن درباره خدمات درمانی خود..... 154
- G1. حق شما برای اطلاع از گزینه های درمانی و تصمیم گیری درباره خدمات سلامتی تان..... 154
- G2. حق شما برای اینکه به ما بگویید وقتی نمی توانید درباره خدمات درمانی خود تصمیم بگیرید، چه کنیم..... 154
- G3. در صورتی که از دستورالعمل های شما پیروی نشود چه باید کرد..... 155
- H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدید نظر در مورد تصمیماتی که گرفته ایم..... 155
- H1. اگر حس کنید عدالت در مورد شما رعایت نشده است یا تمایل به کسب اطلاعات بیشتری در خصوص حقوقتان دارید چه باید بکنید..... 156
- I. مسئولیت های شما به عنوان یکی از اعضاء طرح..... 156



A. حقوق شما برای دریافت اطلاعات به گونه ای که پاسخگوی نیازمندی های شما باشد

ما باید درباره مزایای طرح و حقوق شما به نحوی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع رسانی نمائیم. ما باید هر سالی که شما عضو طرح ما هستید درباره حقوق شما به شما اطلاع رسانی نمائیم.

- To get information in a way that you can understand, call Customer Care. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in formats such as large print, braille, or audio. Materials are available in Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic, Hmong, and Cambodian.
 - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care.
 - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care will keep your preferred language and format on file for future communications. To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For Medi-Cal benefits, you can also ask for a State Hearing if the health plan denies, reduces, or ends services you think you should get. To ask for a Medi-Cal State Hearing and file a complaint, call 1-800-952-5253. TTY users should call 1-800-952-8349.

- Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Estamos obligados a darle información sobre sus derechos todos los años en que usted sea miembro de nuestro plan.
- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
 - Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en



contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的疑問。

- 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.)會員服務部。
- 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴，請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。
- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn,



chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.
- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:
- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:
 - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լուս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տազալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, տազալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրի Անդամների սպասարկում:
 - Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք զանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ,



շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լուսմ ինկորթել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լուսմ ինկորթելու և զանգատ ներկայացնելու համար, զանգահարեք 1-800-952-5253 համարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով:

- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
 - Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect.
 - Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing), если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253.



Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру
1-800-952-8349.

- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
 - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect.
 - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.
- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
 - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어,



아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.

- 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی Medi-Cal و تسلیم شکایت، با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید.

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់កំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងកំរោងរបស់យើង។



- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាច ឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឲ្យសំភារៈទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាទំរង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរច្រាល ឬថាសសំឡេងផងដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំភារៈគឺមានជា ភាសាអេស្ប៉ាញ៉ូល, វៀតណាម, ចិន, អាមេរិក, រុស្ស៊ី, តាហ្គាឡុក, គូរេ, ហ្វីលីពីន, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ូល, វៀតណាម, តាហ្គាឡុក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលសំភារៈជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។
- បើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគំរោងរបស់យើង ពីព្រោះបញ្ហាខាងភាសា ឬភាពពិការ ហើយអ្នក ចង់ប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សំរាប់ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ បើគំរោងសុខភាព បង្កើន កាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់សេវា ដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរតែទទួល។ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ Medi-Cal និងប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-800-952-8349។

يجب علينا إخبارك بمزايا الخطة وبحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب علينا إخبارك بحقوقك في كل سنة تشترك فيها في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية والأرمنية والروسية والتاجالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطة بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويرجى العلم بأن إمكانية الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 أيام في الأسبوع. (TTY) وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطة برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنه يحق لك الحصول عليها. وطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.



B. مسئولیت ما در کسب اطمینان از اینکه شما خدمات و داروهای تحت پوشش را به موقع دریافت می کنید

اگر شما نتوانید در مدت زمان معقولی خدمات را دریافت کنید، ما باید برای دریافت خدمات به بخش های خارج از شبکه هزینه پرداخت کنیم.

به عنوان یکی از اعضای طرح ما:

- شما از این حق برخوردار هستید که یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) در شبکه ما انتخاب کنید. یک ارائه دهنده خدمات شبکه ارائه دهنده خدماتی است که با ما همکاری می کند. شما می توانید اطلاعات بیشتری درباره اینکه چه نوع ارائه دهندگانی می توانند به عنوان ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) شما باشند، و درباره چگونگی انتخاب PCP را در بخش D در فصل 3 دریافت کنید.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره این که کدام پزشکان بیماران جدید می پذیرند با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفته یا به فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید.
- خانم ها از این حق برخوردار هستند که بدون نیاز به ارجاع به متخصص سلامت زنان مراجعه کنند. یک ارجاع موافقتنامه ای از طرف PCP برای مراجعه به فردی می باشد که PCP شما نیست.
- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات تحت پوشش ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه را در مدت زمان قابل قبولی دریافت کنید.
- این مورد شامل خدمات تحت پوشش متخصصین هم می شود.
- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات اضطراری یا درمانی که به آن نیاز فوری هست را بدون پیش تاییدیه دریافت کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که نسخه خود را از هر یک از داروخانه های شبکه ما بدون تاخیر طولانی دریافت کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که بدانید چه زمانی می توانید به ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه مراجعه کنید. برای اطلاع از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه به بخش D از فصل 3 مراجعه کنید.
- به هنگام پیوستن به طرح ما، در شرایط خاصی، شما از این حق برخوردار خواهید بود که ارائه دهندگان خدمات و تأییدیه های خدمات فعلی خود را کماکان تا 12 ماه حفظ کنید. برای آگاهی بیشتر درباره ارائه دهندگان خدمات و تأییدیه های خدمات، به بخش F از فصل 1 مراجعه کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که برای مراقبت های درمانی خود تصمیم گیری کنید و از تیم مراقبتی و Care Navigator خود کمک بگیرید.

اگر حس می کنید خدمات و داروهای خود را در زمان قابل قبولی دریافت نمی کنید در بخش های A و B از فصل 9 به شما گفته خواهد شد که چه کاری می توانید انجام دهید. همچنین اگر ما خدمات یا داروهای شما را پوشش ندهیم و شما با نظر ما موافق نباشید در بخش های E تا J از فصل 9 به شما اطلاعاتی درباره اینکه چه کاری می توانید انجام دهید، داده خواهد شد.

C. مسئولیت ما در خصوص حفظ حریم خصوصی و امنیت اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) شما

ما از اطلاعات سلامت شخصی شما طبق قوانین فدرال و ایالتی محافظت می کنیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY:711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



PHI شما عبارت از اطلاعاتی می باشد که شما به هنگام ثبت نام در این طرح، در اختیار ما می گذارید. این همچنین شامل سوابق پزشکی و دیگر اطلاعات بهداشتی و درمانی شما می شود.

این حق شماست که مطلع باشید و چگونگی استفاده از PHI خود را کنترل کنید. ما به شما یک اطلاعیه ای کتبی می دهیم که حقوق شما را شرح و چگونگی محرمانه نگه داشتن PHI شما را نیز توضیح می دهد. این نامه "اطلاعیه حفظ حریم شخصی" نامیده می شود.

C1. ما چگونه از PHI شما محافظت می کنیم

ما باید اطمینان حاصل کنیم که افراد غیرمجاز سوابق شما را مشاهده نکنند یا تغییر ندهند.

در اکثر مواقع، ما PHI شما را در اختیار اشخاصی که به شما خدمات درمانی ارائه نمی دهند یا هزینه آن را پرداخت نمی کنند، از لحاظ قانونی صلاحیت دریافت اطلاعات PHI شما را ندارند یا صلاحیت آنها توسط شما یا نماینده قانونی شما تأیید نشده است، نمی گذاریم. در صورت انجام چنین کاری، ما باید ابتدا از شما اجازه کتبی بگیریم. اجازه کتبی را شما یا شخصی که از جانب شما وکالت رسمی برای تصمیم گیری داشته باشد می تواند بدهد.

در برخی موارد خاص نیازی به کسب اجازه کتبی شما نیست. این موارد طبق قانون، مجاز یا لازم الاجرا هستند. برای دسترسی به فهرست کامل، لطفاً اطلاعیه حفظ حریم شخصی را مرور کنید.

- ما موظف هستیم PHI شما را در اختیار بنگاه های دولتی بررسی کیفیت خدمات درمانی بگذاریم.
- ما موظف هستیم برای کمک به مسائل بهداشت عمومی و ایمنی، اطلاعات بهداشتی را به اشتراک بگذاریم.
- در صورت دستور دادگاه یا حکم اجرایی، ما موظف هستیم PHI شما را افشاء کنیم.
- ما موظف هستیم برای گزارش موارد مشکوک به آزار سالمندان یا سهل انگاری در شناسایی قربانیان احتمالی سوءاستفاده، اهمال یا خشونت خانگی، اطلاعات پزشکی شما را در اختیار مقام قانونی مربوطه قرار دهیم.
- ما موظف هستیم PHI شما را به Medicare ارائه دهیم. اگر Medicare برای تحقیقات یا موارد دیگر PHI شما را فاش کند، این کار طبق قوانین فدرال صورت می گیرد.

C2. شما حق دارید مدارک پزشکی تان را ببینید

- شما از این حق برخوردار هستید که سوابق پزشکی خود را ببینید و نسخه ای از آن را برای خود نگه دارید. ما معمولاً ظرف مدت 30 روز بعد از درخواست، یک کپی از اطلاعات سلامت و سوابق دعاوی شما یا خلاصه ای از آن را آماده می کنیم. ما این اجازه را داریم که برای تهیه کپی سوابق پزشکی تان، مبلغی معقول و بر مبنای هزینه ها را از شما مطالبه کنیم.
- اگر فکر می کنید سوابق پزشکی و مطالبات شما نادرست یا ناقص است، حق دارید از ما بخواهید آن را تصحیح کنیم. ما ممکن است به این درخواست شما پاسخ "منفی" دهیم، اما دلیل آن را ظرف 60 روز به صورت کتبی به شما خواهیم گفت.
- شما حق دارید بدانید آیا PHI شما با دیگران به اشتراک گذاشته شده است و اینکه چگونه می توانید از طریق درخواست فهرست یا جزئیات زمانهایی از شش سال قبل از درخواست که ما اطلاعات بهداشتی شما را به اشتراک گذاشته ایم، و در مورد اینکه با چه کسی به اشتراک گذاشته ایم و چرا، درخواستتان را مطرح کنید. همه موارد به اشتراک گذاشته شده را در این لیست خواهیم گنجاند؛ به استثناء موارد مربوط به درمان، پرداخت و اقدامات مراقبت درمان و همچنین سایر موارد مشخص (مانند مواردی که شما قبلاً از ما خواسته اید تا افشا نشود). ما هر سال یک



گزارش آماری به طور رایگان ارائه می دهیم، اما اگر ظرف 12 ماه گزارش آماری دیگری درخواست کنید، مبلغ معقولی را بابت هزینه ها از شما دریافت می کنیم.

C3. شما حق دارید از ما بخواهید که به شیوه خاصی با شما تماس بگیریم یا به آدرس دیگری با شما مکاتبه کنیم.

- شما حق دارید درخواست ارتباط محرمانه کنید.
- ما ممکن است به این درخواست شما پاسخ "منفی" دهیم، اما دلیل آن را ظرف 60 روز به صورت کتبی به شما خواهیم گفت.

C4. شما حق دارید از ما بخواهید که آنچه مورد استفاده یا اشتراک قرار می دهیم را محدود کنیم

- شما حق دارید از ما بخواهید که برخی اطلاعات سلامت مربوط به درمان، پرداخت یا اقداماتمان را مورد استفاده یا اشتراک قرار ندهیم.
- ما ملزم به پذیرش درخواست شما نیستیم و ممکن است چنانچه درخواست شما بر مراقبتهای شما اثر بگذارد، آن را "نپذیریم".

C5. شما حق دارید فرد دیگری را به عنوان نماینده خود تعیین کنید

- اگر به کسی وکالت پزشکی داده اید یا کسی سرپرست قانونی شماست، آن فرد می تواند حقوق شما را مطالبه کند و درباره اطلاعات سلامت شما تصمیم بگیرد.

اگر درباره محرمانه نگه داشتن PHI خود هر گونه پرسش یا نگرانی دارید، با بخش مراقبت مشتریان به شماره 1-888-266-8080 تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما در دادن اطلاعات به شما درباره طرح ما، ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه و خدمات تحت پوشش شما

شما به عنوان یکی از اعضاء طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan از این حق برخوردار هستید که از ما اطلاعات دریافت کنید. اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی کنید، ما برای پاسخگویی به پرسش هایی که ممکن است درباره طرح ما داشته باشید از خدمات مترجم شفاهی برخوردار هستیم. برای درخواست مترجم شفاهی هفت روز هفته، از 8 صبح تا 8 شب با شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. کتابچه / اعضا و دیگر اطلاعات کتبی مهم، به زبانهای غیر از انگلیسی در دسترس می باشند. این اطلاعات همچنین می تواند به زبانهای اسپانیایی، ویتنامی، عربی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، هونگ و کامبوجی در دسترس قرار گیرد. ما می توانیم اطلاعات را به صورت چاپ بزرگ، خط بریل، و یا قالب صوتی هم به شما ارائه دهیم.

در صورتی که درباره هر یک از موارد زیر نیاز به کسب اطلاعات دارید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید:

- چگونگی انتخاب یا تغییر طرح ها
- طرح ما، از جمله:
 - اطلاعات مالی
 - امتیاز دهی اعضای طرح به ما



- تعداد درخواست های تجدید نظر اعضاء
- روش ترک بیمه ما
- ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شبکه ما ، شامل موارد زیر:
 - روش انتخاب یا تغییر ارائه دهندگان مراقبت های اولیه خود
 - صلاحیت های ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شبکه ما
 - چگونگی پرداخت هزینه ها توسط ما به ارائه دهندگان خدمات شبکه
- خدمات و داروهای تحت پوشش و مقرراتی که باید پیروی کنید، از جمله:
 - خدمات و داروهای تحت پوشش طرح
 - محدودیت های موجود برای پوشش و داروهای شما
 - مقرراتی که برای تحت پوشش ماندن خدمات و داروهای خود باید پیروی کنید
- اینکه چرا برخی اقلام و گزینه های شما تحت پوشش نیست و اینکه در برخورد با چنین مشکلاتی چکار می توانید انجام دهید، از جمله درخواست از ما برای:
 - اینکه کتبا توضیح دهیم چرا این اقلام را پوشش نمی دهیم
 - اینکه تصمیمی که گرفته ایم را تغییر دهیم
 - اینکه هزینه صورتحسابی که دریافت کرده اید را پرداخت کنیم

E. ارائه دهندگان خدمات شبکه نمی توانند مستقیماً برای شما صورت حساب بفرستند

پزشکان، بیمارستان ها، و دیگر ارائه کنندگان خدمات شبکه ما نمی توانند شما را وادار به پرداخت هزینه برای خدمات تحت پوشش کنند. همچنین بابت این که ما به ارائه کنندگان خدمات کمتر از آنچه مطالبه کرده پرداخت کرده ایم، نمی توانند از شما بخواهند مبلغی پرداخت کنید. برای این که بدانید در صورتی که ارائه کنندگان شبکه سعی کنند از شما برای خدمات تحت پوشش مبلغی مطالبه کنند، چه باید بکنید، به فصل 7 مراجعه کنید.

F. حق شما برای انصراف از عضویت در Cal MediConnect plan ما

در صورت عدم تمایل، کسی نمی تواند شما را به ماندن در طرح ما مجبور کند.

- شما از این حق برخوردار هستید که اکثر خدمات درمانی خود را از طریق Original Medicare یا یک برنامه Medicare Advantage دریافت کنید.
- شما می توانید مزایای داروهای تجویز شده بخش D از Medicare را از یک طرح داروهای تجویزی یا یک طرح Medicare Advantage دریافت کنید.



- برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می توانید به یک برنامه Medicare Advantage یا داروهای تجویزی جدید بپیوندید، به فصل 10 مراجعه کنید.
- مزایای Medi-Cal شما همواره طبق یک بیمه درمانی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مورد انتخاب شما ارائه خواهند شد، مگر آن که شما بیمه درمانی دیگری که در این کشور موجود هست را انتخاب کنید.

G. حق شما برای تصمیم گرفتن درباره خدمات درمانی خود

G1. حق شما برای اطلاع از گزینه های درمانی و تصمیم گیری درباره خدمات سلامتی تان

شما حق دارید هنگام دریافت خدمات، اطلاعات کاملی درباره پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامتی خود داشته باشید. ارائه دهندگان خدمات شما باید بیماری و گزینه های درمانیتان را به نحوی که برای شما قابل درک باشد توضیح دهند. شما از این حقوق برخوردار هستید:

- آشنایی با گزینه های خود. شما از این حق برخوردار هستید که از همه انواع درمان مطلع شوید.
- آشنایی با خطرات. شما از این حق برخوردار هستید که از همه خطرات موجود مطلع شوید. اگر خدمات یا درمانهایی که به شما ارائه می شود بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی باشد، باید از پیش به شما اطلاع داده شود. شما از این حق برخوردار هستید که از همه انواع درمان مطلع شوید.
- درخواست نظر ثانویه. شما از این حق برخوردار هستید که پیش از تصمیم گیری درباره درمان به پزشک دیگری نیز مراجعه کنید.
- "نه" بگویید. شما حق رد کردن هرگونه درمان را دارید. این شامل حق ترخیص داوطلبانه از بیمارستان یا دیگر تسهیلات پزشکی می شود، حتی اگر پزشک تان به شما توصیه کند که چنین کاری نکنید. شما از این حق برخوردار هستید که هر درمانی را نپذیرید. اگر درمان خاصی را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده ای را متوقف کنید، از طرح درمانی ما محروم نخواهید شد. در هر حال، اگر نوعی درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده ای را متوقف کنید، مسئولیت کامل عواقب آن با خودتان خواهد بود.
- توضیح خواستن از ما درباره علت رد ارائه خدمات توسط یک ارائه دهنده خدمات. شما حق دارید در صورتی که یک ارائه کننده خدمات، از دادن خدماتی که فکر می کنید برایتان لازم است امتناع کرد، توضیح بخواهید.
- از ما بخواهید که خدمات یا دارویی که از ارائه آن به شما اجتناب شده است یا معمولاً پوشش داده نمی شود را پوشش دهیم. به این فرآیند اتخاذ تصمیم درباره پوشش دادن گفته می شود. در بخش های E، D، و F از فصل 9 چگونگی ارسال درخواست تعیین میزان پوشش از بیمه توضیح داده شده است.

G2. حق شما برای اینکه به ما بگویید وقتی نمی توانید درباره خدمات درمانی خود تصمیم بگیرید، چه کنیم

گاهی اوقات افراد نمی توانند درباره خدمات درمانی خود تصمیم بگیرند. پیش از آن که چنین موردی برای شما پیش بیاید، می توانید:

- یک فرم کتبی پر کنید که طبق آن به شخصی این حق را بدهید که درباره خدمات درمانی شما تصمیم بگیرد.
- به پزشکان خود یک دستورالعمل کتبی بدهید درباره این که اگر قادر به تصمیم گیری درباره خدمات درمانی خود نبودید چگونه می خواهید در اینباره عمل کنند.



مدرک حقوقی که می توانید در آن دستورالعمل های خود را بدهید رهنمون از پیش تهیه شده گفته می شود. رهنمون های از پیش تهیه شده انواع و عناوین گوناگونی دارند. نمونه هایی از این مدارک عبارتند از: وصیت نامه، و وکالت نامه برای امور مربوط به سلامت و درمان.

شما الزامی به استفاده از رهنمون از پیش تهیه شده ندارید، ولی در صورت تمایل می توانید چنین کاری بکنید. آنچه باید انجام دهید:

- **تهیه فرم.** شما می توانید فرم را از پزشک خود، یک وکیل، بنگاه خدمات حقوقی، یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. سازمان هایی که به افراد اطلاعاتی درباره Medicare یا Medi-Cal ارائه می دهند، مانند برنامه وکالت و مشاوره بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program، HICAP) نیز ممکن است فرم رهنمون از پیش تهیه شده را داشته باشند. شما همچنین می توانید برای درخواست فرم ها با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.
- **فرم را تکمیل کرده و امضاء کنید.** این فرم یک مدرک حقوقی است. بهتر است برای تکمیل این فرم از یک وکیل کمک بخواهید.
- **دادن نسخه ای از فرم به افرادی که باید از آن مطلع باشند.** باید یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. باید یک نسخه هم به شخصی که به عنوان تصمیم گیرنده از جانب خود معرفی کرده اید بدهید. ممکن است بخواهید به دوستان نزدیک و اعضای خانواده خود نیز یک نسخه از آن را بدهید. یک نسخه از آن را حتما در خانه خود نگهداری کنید.
- **اگر قرار است بستری شوید و رهنمون از پیش تهیه شده ای را آماده کرده اید، نسخه ای از آن را با خود به بیمارستان ببرید.**
 - در بیمارستان از شما خواهند پرسید که آیا فرم رهنمون از پیش تهیه شده دارید و آیا نسخه ای از آن را همراه خود دارید.
 - اگر فرم رهنمون از پیش تهیه شده نداشته باشید، بیمارستان این فرم را دارد و از شما خواهند پرسید که آیا این فرم را می خواهید.

به خاطر داشته باشید، اختیار پر کردن فرم رهنمون از پیش تهیه شده با شما است.

G3. در صورتی که از دستورالعمل های شما پیروی نشود چه باید کرد

اگر رهنمون از پیش تهیه شده ای دارید و معتقدید که پزشک یا بیمارستانی از آن پیروی نکرده اند می توانید شکایتی تنظیم کرده به این آدرس ارسال کنید: (QIO) the Quality Improvement Organization، Livanta BFCC-QIO Program، برای ایالت کالیفرنیا به شماره تماس 1-877-588-1123 یا (TTY: 711 1-855-887-6668).

H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدید نظر در مورد تصمیماتی که گرفته ایم

در بخش های D تا F از فصل 9 درباره آنچه که هنگام مواجهه با مشکل یا نگرانی بابت خدمات مراقبتی تحت پوشش خود می توانید انجام دهید اطلاعاتی مطرح شده است. به طور مثال، شما می توانید از ما بخواهید درباره پوشش موردی تصمیم بگیریم، برای تغییر تصمیم درباره پوشش موردی درخواست تجدید نظر کنید، یا شکایت کنید.

شما از این حق برخوردار هستید که درباره تجدید نظر و شکایت هایی که دیگر اعضاء بیمه ما ارائه کرده اند اطلاعات بخواهید. برای کسب این اطلاعات با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.



H1. اگر حس کنید عدالت در مورد شما رعایت نشده است یا تمایل به کسب اطلاعات بیشتری در خصوص حقوقتان دارید چه باید بکنید

چنانچه اعتقاد دارید حقوق شما رعایت نشده است — و دلیل آن تبعیض به دلیل مواردی که در فصل 11 آورده شده است، نیست — یا چنانچه تمایل به دریافت اطلاعات بیشتر در خصوص حقوق خود دارید، می توانید با برقراری تماس با مرکز زیر کمک دریافت کنید:

- بخش مراقبت مشتریان.
- برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). برای آگاهی از این سازمان و چگونگی تماس با آنها به قسمت E از فصل 2 مراجعه کنید.
- Cal MediConnect Ombuds Program. برای آگاهی از این سازمان و چگونگی تماس با آنها به بخش از فصل 2 مراجعه کنید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می توانید حقوق و پشتیبانی های ("Medicare Rights & Protections") Medicare را در وبسایت Medicare به نشانی زیر مطالعه یا دانلود کنید: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

A. مسئولیت های شما به عنوان یکی از اعضاء طرح

به عنوان یکی از اعضاء این بیمه درمانی، شما وظیفه دارید موارد فهرست شده در زیر را انجام دهید. اگر پرسشی دارید، با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

- **دفترچه/عضا را مطالعه کنید و ببینید که چه مواردی تحت پوشش هستند و چه قوانینی را باید برای بهره مند شدن از پوشش خدمات و داروها رعایت کنید.** برای کسب جزئیات درباره:
 - خدمات تحت پوشش خود، به فصل های 3 و 4 مراجعه کنید. در این فصل ها به شما گفته شده است که چه مواردی پوشش داده می شوند، از چه مقرراتی باید پیروی کنید، و چقدر باید پرداخت کنید.
 - داروهای تحت پوشش خود، به فصل های 5 و 6 مراجعه کنید.
- **اگر بیمه پوشش درمانی و دارویی دیگری دارید به ما اطلاع دهید.** ما موظف هستیم مطمئن شویم که شما از همه گزینه های تحت پوشش بیمه درمانی به هنگام دریافت خدمات درمانی خود استفاده کنید. در صورتی که پوشش بیمه ای دیگری دارید، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.
- **به پزشک خود و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامتی بگویید که عضو بیمه درمانی ما هستید.** هنگام دریافت خدمات یا دارو کارت شناسایی عضویت خود را نشان بدهید.
- **به پزشک و ارائه دهندگان خدمات سلامتی خود کمک کنید تا بهترین خدمات مراقبتی را به شما ارائه دهند.**
 - اطلاعاتی که لازم است درباره شما و سلامت شما بدانند را به آنها بدهید. تا حد ممکن با مشکلات سلامتی خود آشنا شوید. از برنامه های درمانی و دستورالعمل هایی که با سرویس دهنده خود در مورد آنها توافق کرده اید پیروی کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY:711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



- مطمئن شوید که پزشکان و ارائه دهندگان خدمات شما درباره همه داروهای که مصرف می کنید مطلع باشند. این شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامین ها، و داروهای کمکی می شود.
- اگر هر گونه پرسشی دارید حتما آنها را بپرسید. پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات باید مسائل را به روشی که برای شما قابل درک باشد توضیح دهند. اگر سوالی بپرسید و پاسخ آن را متوجه نشوید، دوباره بپرسید.
- **باملاحظه باشید.** ما از همه اعضاء خود انتظار داریم به حقوق بیماران دیگر احترام بگذارند. همچنین از شما انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان ها، و دیگر مراکز ارائه دهنده خدمات رفتار محترمانه ای داشته باشید.
- **بدهی و هزینه های خود را پرداخت کنید.** به عنوان یکی از اعضای بیمه، شما موظف به پرداخت برای موارد زیر هستید:
- تعرفه قابل پرداخت طرح های بخش A از Medicare و بخش B از Medi-Cal. Medicare حق بیمه بخش A و بخش B را برای اکثر اعضای بیمه درمانی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan پرداخت می کند.
- برای دریافت برخی از خدمات بلند مدت یا داروهای که تحت پوشش طرح بیمه هستند، لازم است که در زمان دریافت خدمات یا دارو، سهم خود را پرداخت کنید. این مبلغ، تعرفه سهم بیمار (مبلغ ثابت) یا بیمه مشترک (درصدی از هزینه کل) است. در فصل 4 درباره آنچه که باید برای خدمات بلند مدت و پشتیبانی های خود پرداخت کنید توضیح داده شده است. در بخش D از فصل 6 درباره آنچه که باید برای داروهای خود پرداخت کنید توضیح داده شده است.
- **اگر خدمات و داروهای دریافت کنید که تحت پوشش بیمه ما نباشند، خودتان باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید.** اگر با تصمیم ما برای پوشش ندادن خدمات یا دارویی مخالف باشید، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. جهت اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش های D تا J از فصل 9 مراجعه کنید.
- **در صورت نقل مکان به ما اطلاع دهید.** اگر قرار است نقل مکان کنید بسیار مهم است که فوراً به ما اطلاع دهید. با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.
- **در صورت خارج شدن از محدوده خدماتی ما، دیگر نمی توانید عضو این طرح باشید.** فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شوند. در بخش D از فصل 1 اطلاعاتی درباره محدوده تحت پوشش ما ذکر شده است.
- ما می توانیم به شما کمک کنیم تا بدانید که آیا به محدوده داخل یا خارج از حوزه تحت پوشش ما نقل مکان می کنید. طی زمان محدودی در زمان آغاز عضویت در طرح، شما می توانید در محل زندگی جدید خود، به خدمات اصلی سلامتی و دارویی Medicare بازگشت کنید. ما می توانیم شما را در جریان پوشش یا عدم پوشش در ناحیه شما قرار دهیم.
- همچنین، فراموش نکنید که باید نشانی جدید خود را بعد از نقل مکان به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای شماره تلفن های Medicare و Medi-Cal به بخش های G و H از فصل 2 مراجعه کنید.
- **در صورت نقل مکان به منطقه ای داخل محدوده تحت پوشش ما، باز هم باید به ما اطلاع دهید.** ما باید سوابق عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
- اگر پرسش یا مشکلی دارید برای کمک گرفتن با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.



فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تعیین میزان پوشش، تجدیدنظر، شکایات)

مقدمه

در این فصل اطلاعات مربوط به حقوق شما گنجانده شده است. اگر در موارد زیر مشکلاتی برای شما ایجاد شده است، این فصل را بخوانید:

- دشواری یا شکایتی درباره طرح پوشش بیمه خود دارید.
- به خدمات، اقلام یا داروهایی نیاز دارید که طرح ما اعلام کرده که هزینه آن را پرداخت نمی کند.
- با تصمیمی که طرح شما درباره مراقبت های شما گرفته شده است موافق نیستید.
- به نظر شما خدمات تحت پوشش شما زودتر از موقع باطل می شود.
- شما مشکل یا شکایتی درباره خدمات و پشتیبانی های درازمدت خود دارید، که شامل برنامه پشتیبانی چند منظوره برای سالخوردگان (MSSP)، خدمات جامعه محور برای بزرگسالان (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (NF) می باشد.

اگر مشکل یا نگرانی دارید، لازم است فقط بخش های مربوط به مشکلات در این فصل را بخوانید. این فصل به بخش هایی تقسیم شده که بتوانید به سادگی مطالب مورد نظر خود را بیابید.

اگر درخصوص سلامت خود یا پشتیبانی و خدمات درازمدت با مشکلی روبرو هستید

شما باید آن دسته مراقبتهای سلامتی، داروها و خدمات و پشتیبانی های درازمدتی را دریافت کنید که به تشخیص پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات برای مراقبت های شما به عنوان بخشی از طرح مراقبتهای ضروری می باشد. اگر درخصوص خدمات مراقبتهای مشکلی داشتید، می توانید برای کمک گرفتن با برنامه Cal MediConnect Ombuds Program با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. در این فصل گزینه های گوناگون برای حل مشکلات و شکایات شما توضیح داده شده است، ولی شما کماکان می توانید برای کمک و راهنمایی با Cal MediConnect Ombuds Program تماس بگیرید. برای دریافت منابع اضافی برای رفع نگرانی های خود و راه های ارتباط با آنها، برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد برنامه های بازرس، فصل 2 را مطالعه کنید.



فهرست مطالب

A.	در صورت داشتن مشکل چکار باید انجام دهید.....	161
A1.	درباره اصطلاحات حقوقی.....	161
B.	برای درخواست کمک با کجا تماس بگیریم.....	161
B1.	از کجا می توان اطلاعات و کمک بیشتر دریافت کرد.....	161
C.	مشکلات مربوط به مزایای شما.....	162
C1.	استفاده از فرآیند تصمیم درباره پوشش و تجدید نظرها برای تنظیم شکایت.....	162
D.	تصمیم گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر.....	163
D1.	نظر اجمالی به تصمیم درباره پوشش و تجدید نظرها.....	163
D2.	دریافت کمک در رابطه با تصمیم درباره پوشش و تجدید نظرها.....	163
D3.	استفاده از بخشی از این فصل که برای شما مفید است.....	164
E.	مشکل با خدمات، اقلام، و داروها (به غیر از داروهای بخش D).....	166
E1.	چه موقع از این بخش استفاده کنیم.....	166
E2.	درخواست برای یک تصمیم درباره پوشش.....	167
E3.	مرحله 1 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای داروهای بخش D).....	169
E4.	مرحله 2 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای داروهای بخش D).....	172
E5.	مشکلات در زمینه پرداخت.....	178
F.	داروهای بخش D.....	179
F1.	در صورت داشتن مشکل برای تهیه داروهای بخش D یا اگر بخواهید ما برای داروهای بخش D به شما بازپرداخت کنیم.....	179
F2.	استثناء چیست.....	181
F3.	اطلاعات مهم که در رابطه با درخواست استثناء قائل شدن باید بدانید.....	181
F4.	چگونه می توان برای یک داروی بخش D یا بازپرداخت برای یک داروی بخش D، از جمله استثناء، درخواست تصمیم پوشش ارائه کرد.....	182
F5.	مرحله 1 تجدیدنظر برای داروهای بخش D.....	185
F6.	مرحله 2 تجدیدنظر برای داروهای بخش D.....	187



- G. درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان..... 188
- G1. کسب اطلاع در زمینه حقوق Medicare خود..... 188
- G2. مرحله 1 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان..... 189
- G3. مرحله 2 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان..... 191
- G4. اگر مهلت مقرر را از دست بدهید چه می شود؟..... 192
- H. اگر فکر می کنید که خدمات مراقبت های خانگی، مراقبت های پرستاران ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی قراگیر
Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) شما زودتر از موعد پایان می یابد، چه باید
کرد..... 194
- H1. ما پیشاپیش متوقف کردن پوشش شما را به شما اعلام خواهیم کرد..... 195
- H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه مراقبت های خود..... 195
- H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای ادامه مراقبت های خود..... 197
- H4. اگر مهلت مقرر برای درخواست تجدیدنظر مرحله 1، را از دست بدهید چه باید کرد؟..... 198
- I. درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2..... 200
- I1. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medicare..... 200
- I2. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medi-Cal..... 200
- J. چگونه می توان شکایت کرد..... 201
- J1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد؟..... 201
- J2. شکایت های داخلی..... 203
- J3. شکایت های خارجی..... 204



A. در صورت داشتن مشکل چکار باید انجام دهید

این فصل به شما می گوید که اگر مشکلی با طرح خود یا با خدمات یا پرداخت ها دارید چه باید بکنید. Medicare و Medi-Cal این رویه ها را تأیید کرده اند. هر یک از این روندها دارای قوانین، رویه و مهلت مقرر مربوط به خود است و باید توسط ما و شما رعایت شود.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل تعدادی اصطلاحات حقوقی پیچیده برای برخی از قوانین و مهلت های مقرر موجود است. فهم بسیاری از این اصطلاحات می تواند دشوار باشد، و به همین دلیل برای برخی اصطلاحات قانونی از واژه های ساده تری استفاده کرده ایم. تا حد امکان از استفاده از مخفف خودداری کرده ایم.

به عنوان مثال ما از واژه های زیر استفاده کرده ایم:

- "شکایت کردن" به جای "تنظیم یک شکوائیه"
- "تصمیم گیری درباره میزان پوشش" به جای "تعیین تعرفه سازمانی" یا "تعیین تعرفه مزایا"، "تعیین تعرفه تحت خطر"، یا "تعیین تعرفه پوشش"
- "تصمیم گیری سریع درباره میزان پوشش" به جای "تسریع تعیین تعرفه"

دانستن اصطلاحات حقوقی شما را برای برقراری ارتباط بهتر یاری می دهد و به همین منظور این اصطلاحات نیز ذکر شده است.

B. برای درخواست کمک با کجا تماس بگیریم

B1. از کجا می توان اطلاعات و کمک بیشتر دریافت کرد

گاهی اوقات آغاز یا دنبال کردن روند حل مشکلات می تواند پیچیده باشد. به ویژه اگر حالتان خوب نباشد یا انرژی نداشته باشید این امر بسیار مشکل می شود. گاهی نیز ممکن است اطلاع لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

شما می توانید از Cal MediConnect Ombuds Program کمک بگیرید

اگر به کمک نیاز دارید، می توانید به Cal MediConnect Ombuds Program تلفن کنید. Cal MediConnect Ombuds Program یک برنامه بازرسی می باشد که می تواند به پرسش های شما پاسخ دهد و به شما کمک کند که درباره چگونگی حل مشکلات خود اطلاعات بیشتری کسب کنید. Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های پوششی ارتباطی ندارد. آنها می توانند به شما در درک این که از چه فرآیندی استفاده کنید کمک کنند. شماره تلفن تماس Cal MediConnect Ombuds Program عبارت است از 1-855-501-3077 می باشد. این خدمات رایگان هستند. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره برنامه های بازرسی به فصل 2 مراجعه کنید.

شما می توانید از برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (HICAP) کمک بگیرید

شما می توانید به Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) تلفن کنید. مشاوران HICAP همچنین می توانند به سوال های شما پاسخ دهند و در درک آنچه که باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید به شما کمک کنند. HICAP با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. HICAP در همه کانتی ها مشاورین آموزش دیده ای دارد و این خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP عبارت از 1-800-434-0222 می باشد.



دریافت کمک از Medicare

برای حل مشکلات می توانید مستقیماً با Medicare تماس بگیرید. دو راه برای کمک گرفتن از Medicare وجود دارد:

- در 24 ساعت شبانه‌روز و در هفت روز هفته، با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

TTY: 1-877-486-2048. این تماس رایگان است.

- به وبسایت Medicare به آدرس www.medicare.gov مراجعه کنید.

شما می توانید از اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care) کمک بخواهید

در این پاراگراف منظور از "شکوائیه" درخواست تجدید نظر یا شکایت از خدمات Medi-Cal، طرح سلامت خود، یا یکی از ارائه کنندگان خدمات می باشد.

California Department of Managed Health Care مسئول تنظیم طرح های خدمات مراقبت سلامتی می باشد. اگر علیه بیمه درمانی خود شکوائیه ای دارید، باید پیش از تماس با این اداره ابتدا با خود بیمه با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید و از فرآیند طرح شکوائیه بیمه خود پیروی کنید. استفاده از روند طرح شکایت مذکور، شما را از حقوق قانونی یا جبران خسارت هایی که شامل حالتان می شود، محروم نخواهد کرد. در صورت نیاز به کمک در موارد شکوائیه اضطراری، یا موارد شکوائیه که بطور مطلوب رسیدگی نشده اند، و یا در مواردی که شکوائیه پس از گذشت بیش از 30 روز هنوز حل و فصل نشده باشد، می توانید برای درخواست کمک با اداره مذکور تماس بگیرید. شما همچنین ممکن است واجد شرایط یک بازبینی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر برای IMR واجد شرایط هستید، روند IMR یک بررسی بی طرفانه از تصمیمات پزشکی گرفته شده توسط یک طرح سلامتی در زمینه ضرورت پزشکی ارائه خدمات یا درمان های پیشنهادی، تصمیمات پوشش برای درمان هایی که تجربی بوده یا از ماهیتی تحقیقی برخوردار هستند و اختلافات در زمینه پرداخت برای خدمات پزشکی اورژانسی و فوریتی را در اختیار شما قرار می دهد. این اداره یک شماره رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TTY (1-877-688-9891) برای افراد دارای مشکل شنوایی یا گفتاری دارد. وب سایت اداره به آدرس www.dmhc.ca.gov حاوی فرم های شکایت، فرم های درخواست IMR و دستورالعمل های آنلاین می باشد.

C. مشکلات مربوط به مزایای شما

C1. استفاده از فرآیند تصمیم درباره پوشش و تجدید نظرها برای تنظیم شکایت

اگر مشکل یا نگرانی دارید، لازم است فقط بخش های مربوط به مشکلات در این فصل را بخوانید. برای یافتن فصل مربوط به مشکلات یا شکایات خود به جدول زیر مراجعه کنید.



آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا یا پوشش شما است؟	
(این شامل مشکلاتی می شود درباره این که آیا خدمات پزشکی، خدمات و حمایت های درازمدت، یا داروهای تجویزی خاص تحت پوشش هستند، اگر هستند تحت چه قوانینی، و همچنین شامل مشکلات مربوط به هزینه های درمان یا داروهای تجویزی است.)	
بله. مشکل من در رابطه با مزایا یا پوشش بیمه ای می باشد. به بخش D بروید: "تصمیم گیری ها در زمینه پوشش و درخواست های تجدیدنظر" در صفحه 163.	خیر. مشکل من در رابطه با مزایا یا پوشش بیمه ای نیست. با صرف نظر از این بخش به بخش J بروید: "نحوه طرح شکایت" در صفحه 201.

D. تصمیم گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر

D1. نظر اجمالی به تصمیم درباره پوشش و تجدیدنظرها

روند درخواست برای تصمیم گیری در مورد میزان پوشش و برای درخواست تجدیدنظر، به مشکلات مزایا و میزان پوشش شما ارتباط دارد. این روند همچنین شامل مشکلات پرداختی هم می باشد. شما مگر در موارد تعرفه های سهم بیمار برای داروهای گروه D، هیچ مسئولیتی برای پرداخت هزینه های Medicare ندارید.

تصمیم گیری درباره میزان پوشش چیست؟

تصمیم پوشش یک تصمیم اولیه است درباره مزایای و پوشش شما یا درباره مبلغی که برای خدمات و اقلام درمانی یا داروهای شما بپردازیم. هرگاه تصمیمی گرفته می شود که چه چیزی تحت پوشش است یا چه مبلغی به شما پرداخت می گردد، در حقیقت تصمیم گیری درباره میزان پوشش صورت گرفته است.

اگر شما یا پزشک معالج شما درباره خدمات، اقلام یا داروهای تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal اطمینان ندارید، هر یک از شما می توانید پیش از ارایه این خدمات، اقلام یا داروها توسط پزشک، درخواست تصمیم گیری درباره میزان پوشش ارسال کنید.

درخواست تجدیدنظر چیست؟

درخواست تجدیدنظر یک درخواست رسمی از ما برای بازنگری در تصمیمی است که اتخاذ کرده ایم، اگر که احساس می کنید ما اشتباهی مرتکب شده ایم. مثلاً ممکن است ما تصمیم بگیریم که خدمات، وسایل یا داروهایی که شما می خواهید دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیستند. اگر شما یا پزشک شما با تصمیم ما مخالف باشید، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

D2. دریافت کمک در رابطه با تصمیم درباره پوشش و تجدیدنظرها

برای کمک گرفتن جهت تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر با چه کسی می توان تماس گرفت؟

شما می توانید از هر یک از این منابع درخواست کمک کنید:

- با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825، تماس بگیرید.



- برای دریافت کمک رایگان با **Cal MediConnect Ombuds Program** تماس بگیرید. Cal MediConnect Ombuds Program به افرادی که در Cal MediConnect ثبت نام کرده اند در زمینه مشکلات مربوط به خدمات و یا صدور صورت حساب کمک می کند. شماره تلفن این برنامه 1-855-501-3077 می باشد.
- برای دریافت کمک رایگان با برنامه مشاوره و پشتیبانی بیمه درمانی (**Health Insurance Counseling and Advocacy Program، HICAP**) تماس بگیرید. HICAP یک سازمان مستقل می باشد. این سازمان با این طرح هیچ گونه ارتباطی ندارد. شماره تلفن این سازمان عبارت از 1-800-434-0222 می باشد.
- شما می توانید از طریق مرکز خدمات اداره مراقبت سلامت مدیریت شده کالیفرنیا (**California Department of Managed Health Care، DMHC**) کمک رایگان دریافت کنید. DMHC مسئول نظارت بر طرح های بیمه درمانی می باشد. DMHC به افرادی که از اعضاء Cal MediConnect هستند در رابطه با درخواست تجدید نظر درباره خدمات Medi-Cal یا مشکل با صورت حساب ها کمک می کند. شماره تلفن تماس 1-888-466-2219 می باشد. افرادی که ناشنوا، کم شنوا، یا دچار مشکل گفتاری هستند می توانند از شماره رایگان TTY 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- با پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات خود صحبت کنید. پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات شما می توانند از طرف شما درخواست یک تصمیم پوشش یا درخواست تجدید نظر را مطرح کنند.
- با یکی از دوستان یا اعضاء خانواده صحبت کنید و از آنها بخواهید از جانب شما اقدام کنند. شما می توانید از شخص دیگری درخواست کنید که بعنوان "نماینده" از جانب شما درخواست تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر کنند.
 - اگر مایل هستید که دوست، بستگان یا شخص دیگری نماینده شما باشد، با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید و درخواست فرم "معرفی نماینده" کنید. شما همچنین می توانید فرم را از وبسایت زیر تهیه کنید www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. این فرم به شخص دیگری اجازه می دهد تا از جانب شما اقدام کند. شما باید یک کپی از فرم امضاء شده را برای ما ارسال کنید.
- شما همچنین از این حق برخوردار هستید که از یک وکیل بخواهید نماینده شما بشود. شما می توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا از کانون وکلای محلی یا هر خدمات ارجاعی دیگر استفاده کنید. برخی از گروه های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن شما، خدمات رایگان ارایه می دهند. اگر مایل هستید که یکی از وکلا نماینده شما باشد، باید فرم معرفی نماینده را پر کنید. شما می توانید با استفاده از شماره تلفن 1-888-804-3536 از Health Consumer Alliance درخواست وکیل حقوقی کنید.
 - با این وجود، برای درخواست تصمیم گیری میزان پوشش یا برای درخواست تجدید نظر اجباری برای داشتن وکیل ندارید.

D3. استفاده از بخشی از این فصل که برای شما مفید است

در چهار مورد درخواست تصمیم گیری میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر صادق است. هر یک از این موارد قوانین و مهلت مقرر خاص خود را دارد. ما این فصل را به قسمت های مختلفی تقسیم می کنیم تا شما براحتی بتوانید قوانینی که باید رعایت کنید را پیدا کنید. شما تنها کفایت بخشی که مربوط به مشکل شما می شود را بخوانید:

- بخش E در صفحه 166 به شما اطلاعاتی مربوط به مشکلات خدمات، وسایل و دارو ها (بجز داروهای بخش D) را می دهد. مثلا از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:



- شما مراقبت های پزشکی که می خواهید را دریافت نمی کنید، و شما معتقدید که طرح ما این مراقبت را پوشش می دهد.
- ما خدمات، اقلام و داروهایی که پزشک معالج شما می خواهد برای شما تجویز کند را مورد تایید قرار نداده ایم، و شما معتقدید که این موارد باید تحت پوشش باشند.
- **توجه:** از بخش E تنها در صورتی استفاده کنید که این داروها تحت پوشش بخش D نباشند. داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش که دارای "NPD" هستند تحت پوشش بخش D نیستند. برای تجدیدنظر درباره داروهای بخش D به بخش F صفحه 179 مراجعه کنید.
- شما مراقبت ها و خدماتی را دریافت کرده اید که معتقدید باید تحت پوشش باشد ولی ما هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.
- خدمات درمانی دریافت کرده اید و هزینه آن را پرداخت کرده اید با این فرض که این خدمات تحت پوشش هستند، و درخواست بازپرداخت از ما دارید.
- مطلع شده اید که طرح پوشش شما کاهش یافته یا قطع می شود و با این تصمیم ما موافق نیستید.
- **توجه:** اگر پوشش قطع شده برای مراقبت های بیمارستانی، مراقبت های خانگی، تسهیلات پرستاری ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation (CORF است، باید به بخش دیگری از این فصل مراجعه کنید چون قوانین ویژه ای برای این نوع خدمات وجود دارد. به بخش های G و H در صفحات 188 و 194 رجوع کنید.
- **بخش F در صفحه 179** اطلاعاتی در زمینه داروهای بخش D در اختیار شما قرار می دهد. مثلاً از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:
 - شما می خواهید از ما درخواست کنید که برای یک داروی بخش D که در فهرست داروها نیست استثناء قائل شویم.
 - می خواهید درخواست کنید که سقف میزان داروهای شما را برداریم.
 - می خواهید درخواست کنید که دارویی را تحت پوشش قرار دهیم که نیاز به تایید قبلی دارد.
 - درخواست شما یا مورد استثناء را تایید نکرده ایم و شما، پزشک معالج شما یا دیگر تجویزکنندگان معتقدند که باید تایید می کردیم.
 - می خواهید برای داروی تجویز شده ای که خریداری کرده اید درخواست بازپرداخت کنید. (این به مفهوم درخواست تصمیم گیری میزان پوشش برای بهای داروها است.)
- **بخش G در صفحه 188** درباره نحوه درخواست از ما برای پوشش دادن دوره بستری طولانی تر در بیمارستان را در صورتی که فکر کنید پزشک زودتر از موعد شما را مرخص می کند، توضیح داده است. از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:
 - در بیمارستان هستید و معتقدید پزشک معالج شما زودتر از موعد مقرر از شما خواسته که بیمارستان را ترک کنید.



- **بخش H در صفحه 194** به شما اطلاعاتی درباره زمانی ارائه می دهد که متعقد باشید خدمات مراقبت در منزل شما، خدمات مراقبتی تسهیلات پرستاری حرفه ای، و خدمات تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) پیش از موقع به اتمام می رسند.

اگر مطمئن نیستید از چه بخشی باید استفاده کنید، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

در صورت نیاز به کمک ها یا اطلاعات بیشتر، با Cal MediConnect Ombuds Program با شماره تلفن 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

E. مشکل با خدمات، اقامت، و داروها (به غیر از داروهای بخش D)

E1. چه موقع از این بخش استفاده کنیم

این بخش درباره چگونگی برخورد با مشکلات مربوط به خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، و خدمات و حمایت های درازمدت (LTSS) می باشد. شما می توانید از این بخش در رابطه با مسائل مربوط به داروهایی که به موجب بخش D، پوشش داده نمی شوند، از جمله داروهای بخش B از Medicare نیز استفاده کنید. داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش که دارای "NPD" هستند تحت پوشش بخش D نیستند. برای تجدیدنظر درباره داروهای بخش D به بخش F مراجعه کنید.

این بخش شما را در شرایط زیر راهنمایی می کند:

1. شما فکر می کنید که ما خدمات و پشتیبانی های پزشکی، سلامت رفتاری یا بلند مدت (LTSS) مورد نیاز شما را پوشش می دهیم اما شما آنها را دریافت نمی کنید.
آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید از ما درخواست تعیین میزان پوشش کنید. برای دریافت اطلاعات درباره نحوه تصمیم پوشش به بخش E2 صفحه 167 مراجعه کنید.
2. ما خدماتی که پزشک شما می خواهد ارائه دهد را تایید نکرده ایم، و شما معتقدید که ما باید آنها را تایید می کردیم.
آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما مبنی بر عدم تایید درمان شما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات درباره نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 صفحه 169 مراجعه کنید.
3. شما خدمات یا اقامتی را دریافت کرده اید که فکر می کردید طرح ما آنها را پوشش می دهد، اما ما هزینه آنها را پرداخت نمی کنیم.
آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات درباره نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 صفحه 169 مراجعه کنید.
4. شما خدمات یا اقامتی را دریافت و هزینه آنها را پرداخت کرده اید که فکر می کردید تحت پوشش هستند، و از ما می خواهید که هزینه این خدمات یا اقامت را به شما بازپرداخت کنیم.
آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت انجام دهیم. برای درخواست از ما برای پرداخت به بخش E5 صفحه 178 مراجعه کنید.
5. ما پوشش خود برای یک سرویس خاص را کاهش داده یا متوقف کردیم، و شما با تصمیم ما مخالف هستید.



آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما مبنی بر کاهش یا توقف خدمات خود درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات درباره نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 صفحه 169 مراجعه کنید.

توجه: اگر پوششی که متوقف می شود مربوط به مراقبت های بیمارستانی، مراقبت های خانگی، تسهیلات پرستاری ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) شما است، قوانین خاصی وجود دارد. برای دریافت اطلاعات بیشتر به بخش های G و H در صفحات 188 و 194 رجوع کنید.

E2. درخواست برای یک تصمیم درباره پوشش

چگونه می توان برای دریافت خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، یا برخی خدمات و حمایت های درازمدت خاص (CBAS، MSSP، یا NF) درخواست تصمیم پوشش کنید

برای درخواست تصمیم درباره پوشش با ما از طریق تلفن، نمابر یا پست تماس گرفته یا از نماینده یا پزشک خود بخواهید که از ما درخواست یک تصمیم کند.

- شما می توانید با شماره زیر با ما تماس بگیرید: 1-855-905-3825 TTY: 711.

- شما می توانید نمابرهای خود را به این شماره برای ما ارسال کنید: 1-323-889-6577

- شما می توانید نامه های خود را به آدرس پستی زیر ارسال کنید: بخش مراقبت مشتریان

Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

برای تعیین میزان پوشش چقدر زمان لازم است

بعد از درخواست شما و دریافت همه اطلاعات موردنیاز از جانب ما، اتخاذ تصمیم در این باره معمولاً 5 روز کاری زمان می برد، مگر اینکه برای داروهای نسخه ای بخش B از Medicare درخواست داده باشید. اگر درخواست شما برای داروی نسخه ای بخش B از Medicare است، ما حداکثر 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما، تصمیم گیری می کنیم. اگر ما تا 14 روز تصمیم خود را اعلام نکنیم (یا 72 ساعت برای داروی نسخه ای بخش B از Medicare)، شما می توانید درخواست تجدید نظر کنید.

گاهی اوقات ما نیاز به زمان بیشتری داریم و در این صورت برای شما نامه ای فرستاده و اطلاع می دهیم که به 14 روز دیگر برای تصمیم گیری زمان نیاز داریم. در این نامه توضیح داده می شود که چرا به زمان بیشتری نیاز می باشد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B از Medicare است، نمی توانیم فرصت اضافی برای تصمیم گیری درخواست کنیم.

آیا می توان سریعتر در مورد میزان پوشش تصمیم گیری کرد؟

بله. اگر به خاطر سلامت خود نیاز به پاسخ سریع تری داشته باشید، از ما بخواهید تا یک "تصمیم پوشش سریع" را اتخاذ کنیم. اگر ما درخواست را تأیید کنیم، شما را ظرف مدت 72 ساعت (یا 24 ساعت در مورد داروی نسخه ای بخش B از Medicare) از تصمیم خود مطلع خواهیم ساخت.

در هر حال، گاهی اوقات ما نیاز به زمان بیشتری داریم و در این صورت برای شما نامه ای می فرستیم و به شما اطلاع می دهیم که برای تصمیم گیری به 14 روز بیشتر زمان نیاز داریم. در این نامه توضیح داده می شود که چرا به زمان بیشتری نیاز می باشد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B از Medicare است، نمی توانیم فرصت اضافی برای تصمیم گیری درخواست کنیم.



اصطلاح حقوقی برای "تصمیم پوشش سریع" عبارت است از "تعیین تسريع شده".

درخواست برای تصمیم گیری سریع درباره میزان پوشش:

- برای شروع درخواست خود مبنی بر تحت پوشش قرار دادن مراقبت بهداشتی درخواستی، با ما تماس گرفته یا نمابر ارسال کنید.
 - شما می توانید با ما با شماره تلفن 1-855-905-3825 یا شماره نمابر 1-323-889-5049 تماس بگیرید.
 - برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با ما به فصل 2 مراجعه کنید.
- شما همچنین می توانید از تأمین کننده خدمات یا نماینده خود بخواهید از جانب شما درخواست تصمیم پوشش سریع دهد.

قوانین مربوط به درخواست تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش:

شما باید دو شرط زیر را داشته باشید تا واجد شرایط تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش شوید:

1. شما فقط در صورتی می توانید برای تعیین پوشش، درخواست تصمیم گیری سریع تر کنید که هنوز خدمات یا اقلام مورد نیاز را دریافت نکرده باشید. (در صورتی که خدمات یا اقلام مورد نیاز را قبلاً دریافت کرده باشید، نمی توانید درخواست تصمیم گیری سریعتر برای میزان پوشش را مطرح کنید.)
 2. شما فقط در صورتی می توانید درخواست تصمیم پوشش سریع کنید که در صورت رعایت مهلت معمول 14 روزه تقویمی (یا مهلت 72 ساعته برای داروهای نسخه ای بخش B از Medicare) امکان وارد آمدن صدمه جدی به سلامت شما باشد یا توانایی عملکرد شما را تحت تأثیر قرار دهد.
- اگر پزشک معالج تان بر این نظر باشد که شما به تعیین پوشش سریع نیاز دارید، ما به طور خودکار آن را به شما ارائه می دهیم.
 - اگر بدون حمایت از پزشک معالج خود تعیین پوشش سریع درخواست کنید، ما درباره تعیین پوشش سریع برای شما تصمیم خواهیم گرفت.
- اگر تصمیم گرفته شود که سلامت شما واجد شرایط تصمیم گیری سریع تر درباره تعیین پوشش نیست، برای شما نامه ای فرستاده خواهد شد. ما همچنان مهلت معمول 14 روز تقویمی (یا مهلت 72 ساعته برای داروهای نسخه ای بخش B از Medicare) را برای شما در نظر خواهیم گرفت.
 - در این نامه ذکر می شود که اگر پزشک معالج شما درخواست تصمیم گیری سریع تر درباره میزان پوشش کند، این کار بطور خودکار انجام خواهد گرفت.
 - در این نامه همچنین ذکر می شود که چگونه می توانید در مخالفت با تصمیم ما برای اعطای تصمیم پوشش استاندارد به جای تصمیم پوشش سریع به شما درخواست یک "شکایت تسريع شده" را مطرح کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره چگونگی تنظیم شکایت و بویژه شکایت تسريع شده، به بخش L در صفحه 201 مراجعه کنید.

اگر تصمیم گیری درباره پوشش منفی باشد، چگونه مطلع خواهید شد؟

اگر پاسخ منفی باشد، برای شما نامه ای خواهیم فرستاد با توضیحات لازم درباره علت منفی بودن پاسخ.



- اگر پاسخ ما منفی باشد، شما حق دارید تا از طریق درخواست تجدید نظر، از ما بخواهید تا این تصمیم را تغییر دهیم. درخواست تجدید نظر به معنی درخواست از ما برای بازنگری تصمیم ما مبنی بر رد پوشش می باشد.
- اگر تصمیم گرفتید که درخواست تجدیدنظر کنید، این بدان معنی است که وارد مرحله 1 تجدیدنظر شده اید (برای دریافت اطلاعات بیشتر بخش بعدی را مطالعه کنید).

E3. مرحله 1 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای داروهای بخش D)

درخواست تجدیدنظر چیست؟

درخواست تجدید نظر یک درخواست رسمی از ما برای بازنگری در تصمیمی است که اتخاذ کرده ایم، اگر که احساس می کنید ما اشتباهی مرتکب شده ایم. اگر شما یا پزشک معالج شما یا دیگر ارائه دهندگان خدمات با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر دهید.

در یک نگاه: نحوه درخواست تجدید نظر سطح 1

شما، پزشک شما، یا نماینده شما می توانید این درخواست را به صورت کتبی یا پست یا نمابر برای ما ارسال کنید. شما همچنین می توانید از طریق تماس تلفنی با ما درخواست تجدید نظر کنید.

- این درخواست را ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ تصمیمی که برای آن درخواست تجدیدنظر می کنید، ارسال کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای مهلت تعیین شده را از دست دهید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید (به صفحه 179 مراجعه کنید).
- اگر درخواست تجدید نظر شما به این دلیل است که ما به شما گفتیم که خدماتی که در حال حاضر دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف می شود، در صورتی که می خواهید در حالی که درخواست تجدید نظرتان در جریان است، کماکان آن خدمات را دریافت کنید، شما تعداد روزهای کمتری برای تجدید نظر خواهی زمان خواهید داشت (به صفحه 205 مراجعه کنید).
- برای کسب اطلاع در این باره که کدام مهلت ها درباره شما قابل اعمال می باشد، به مطالعه این بخش ادامه دهید.

در اکثر موارد باید درخواست تجدیدنظر خود را از مرحله 1 شروع کنید. در صورتی که تمایلی برای درخواست تجدیدنظر اول در خصوص خدمات Medi-Cal طرح ندارید، اگر مشکل سلامت شما بسیار اضطرابی است یا تهدیدی جدی برای سلامت شماست یا اگر درد شدیدی دارید و نیازمند یک تصمیم فوری هستید، می توانید از اداره خدمات سلامت مدیریت شده (Department of Managed Health Care) به آدرس www.dmhca.ca.gov درخواست بازنگری مستقل پزشکی کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر به صفحه 181 مراجعه کنید اگر در هر یک از مراحل تجدیدنظر به کمک نیاز داشتید، می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. شرکت های بیمه یا طرح های پوششی ارتباطی ندارد.

تجدیدنظر مرحله 1 چیست؟

تجدیدنظر مرحله 1 اولین درخواست شما برای تجدیدنظر در طرح بیمه درمانی است. ما تصمیم گرفته شده درباره میزان پوشش شما را بازنگری می کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که این تصمیم درست بوده است. شخصی که بازنگری را انجام می دهد همان شخصی نیست که تصمیم ابتدایی را گرفته است. وقتی بازنگری کامل شود، نتیجه بطور کتبی به اطلاع شما خواهد رسید.

اگر پس از این بازنگری به شما اطلاع دهیم که خدمات یا اقلام مربوطه تحت پوشش نیستند، مورد شما می تواند به مرحله 2 تجدید نظر برود.

چگونه می توانم درخواست تجدید نظر مرحله 1 بکنم؟

- برای شروع تجدید نظر باید شما، پزشک معالج، یا ارائه دهنده خدماتی دیگر یا نماینده تان با ما تماس بگیرید. شما می توانید با ما با شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با ما در زمینه درخواست های تجدید نظر، به فصل 2 مراجعه کنید.



- شما می توانید از ما یک "تجدید نظر استاندارد" یا یک "تجدیدنظر تسريع شده" را درخواست کنید.
- اگر می خواهید درخواست یک تجدید نظر استاندارد یا تسريع شده را مطرح کنید، باید بصورت کتبی یا تلفنی با ما تماس بگیرید.
- شما می توانید درخواست های کتبی خود را به نشانی زیر ارسال کنید:
Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Appeals and Grievances
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755
- می توانید از طریق وبسایت زیر به صورت آنلاین درخواست کنید:
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
- همچنین می توانید تلفنی با تماس با شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 از ما درخواست تجدیدنظر کنید.
- ما طی 5 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما نامه ای برای اعلام دریافت آن به شما ارسال خواهیم کرد.

اصطلاح حقوقی برای "تجدید نظر سریع" عبارت از "بازنگری تسريع شده" می باشد.

آیا شخص دیگری می تواند از جانب ما درخواست تجدیدنظر کند؟

بله. پزشک معالج یا دیگر ارائه کنندگان خدمات می توانند برای شما درخواست تجدیدنظر کنند. همچنین اشخاص دیگر علاوه بر پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات می توانند برای شما درخواست تجدید نظر کنند، ولی شما باید ابتدا فرم معرفی نماینده (Appointment of Representative) پر کنید. این فرم اجازه می دهد که شخص دیگری از جانب شما عمل کند.

برای دریافت فرم تعیین نماینده، با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفته، یا به آدرس اینترنتی www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

اگر درخواست تجدید نظر از جانب شخصی غیر از خود شما یا پزشک معالج تان یا ارائه دهنده خدمات دیگر باشد، ما پیش از آنکه بتوانیم درخواست تجدید نظر شما را بررسی کنیم باید فرم تکمیل شده تعیین نماینده را دریافت کنیم.

برای درخواست تجدید نظر چقدر مهلت داریم؟

شما باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ نامه ای که برای اعلام تصمیم برای شما فرستاده شده، درخواست تجدید نظر خود را ارسال کنید.

اگر به این مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع کننده ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. نمونه هایی از دلایل قانع کننده عبارتند از: دچار بیماری شدید بوده اید، یا اینکه ما اطلاعات غلط درباره مهلت درخواست تجدیدنظر به شما داده باشیم. اگر درخواست تجدیدنظر را دیر بفرستید باید دلیل تأخیر را توضیح دهید.

توجه: اگر درخواست تجدید نظر شما به این دلیل است که ما به شما گفتیم که خدماتی که در حال حاضر دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف می شود، در صورتی که می خواهید در حالی که درخواست تجدید نظرتان در جریان است کماکان به دریافت آن



خدمات ادامه دهید، شما تعداد روزهای کمتری برای تجدید نظر خواهی زمان خواهید داشت. برای دریافت اطلاعات بیشتر، بخش "آیا مزایای من در خلال درخواست های تجدید نظر مرحله 1 کماکان ادامه خواهد داشت" در صفحه 172 را مطالعه کنید.

آیا می توانم یک نسخه از پرونده خود داشته باشم؟

بله. با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825، تماس بگیرید.

آیا پزشک معالج من می تواند درباره تجدیدنظر به شما اطلاعات بیشتری بدهد؟

بلی، شما یا پزشک معالجتان می توانید برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان، برای ما اطلاعات بیشتری ارسال کنید.

ما چگونه درباره تعیین پوشش تصمیم گیری می کنیم؟

ما به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش درمان پزشکی شما را بررسی می کنیم. سپس، با بررسی بیشتر دقت می کنیم که با جواب منفی به درخواست شما همه قوانین موجود رعایت شده باشد. شخصی که بازنگری را انجام می دهد همان شخصی نیست که تصمیم ابتدایی را گرفته است.

اگر به اطلاعات بیشتر نیاز داشته باشیم ممکن است آنها را از شما یا پزشک معالج شما بپرسیم.

پاسخ درخواست تجدیدنظر "استاندارد" را در چه زمانی دریافت خواهید کرد؟

ما باید تا 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر (یا مهلت 7 روز تقویمی برای داروهای نسخه ای بخش B از Medicare)، به شما نتیجه را اعلام کنیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.

- اگر ما طی 30 روز تقویمی (یا مهلت 7 روز تقویمی برای داروهای نسخه ای بخش B از Medicare) به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ ندهیم، در صورتی که مشکل شما در رابطه با پوشش خدمات یا اقامت Medicare باشد ما به طور خودکار پرونده شما را برای فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال خواهیم کرد. اگر چنین اقدامی صورت گیرد، ما مورد را به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقامت مربوط به Medi-Cal می باشد، شما باید خودتان یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را مطرح کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره روند تجدید نظر مرحله 2 به بخش E4 در صفحه 172 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، باید طی 30 روز پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما (یا مهلت 7 روز تقویمی برای داروهای نسخه ای بخش B از Medicare) پوشش را ارائه دهیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما مورد را بطور کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقامت Medicare باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که پرونده شما برای تجدید نظر مرحله 2 به Independent Review Entity ارسال شده است. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقامت Medi-Cal باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که چگونه تجدید نظر مرحله 2 را ارسال کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره روند تجدید نظر مرحله 2 به بخش E4 در صفحه 172 مراجعه کنید.

من چه موقع پاسخ درخواست تجدیدنظر "سریع" خود را دریافت خواهم کرد؟

اگر درخواست تجدیدنظر سریع ارسال کنید، ظرف 72 ساعت از دریافت آن به شما پاسخگو خواهیم بود. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.



- اگر ما طی 72 ساعت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ ندهیم، در صورتی که مشکل شما در رابطه با پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد ما به طور خودکار پرونده شما را برای فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال خواهیم کرد. اگر چنین اقدامی صورت گیرد، ما مورد را به شما اطلاع خواهیم داد.
 - اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal می باشد، شما باید خودتان یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را مطرح کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره روند تجدید نظر مرحله 2 به بخش E4 در صفحه 172 مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد باید تأیید یا پوشش خود را طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما ارائه دهیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما مورد را بطور کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که پرونده شما برای تجدید نظر مرحله 2 به نهاد بازرنگری مستقل (Independent Review Entity) ارسال شده است. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که چگونه تجدید نظر مرحله 2 را ارسال کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره روند تجدید نظر مرحله 2 به بخش E4 در صفحه 172 مراجعه کنید.

آیا در زمان تجدیدنظر مرحله 1 مزایای من کماکان برقرار خواهد بود؟

اگر ما تصمیم به تغییر یا توقف پوشش برای یکی از خدمات یا اقلامی که قبلاً تأیید شده بود را بگیریم، قبل از اقدام در این زمینه، مورد را به شما اعلام می کنیم. اگر با این اقدام مخالف هستید، می توانید درخواست تجدید نظر مرحله 1 را مطرح کرده و از ما بخواهید که ما به پوشش مزایای شما برای این خدمات یا اقلام را ادامه دهیم. شما باید درخواست خود را در این تاریخ ها یا قبل از آنها مطرح کنید تا بتوانید به دریافت مزایای خود ادامه دهید:

- ظرف مدت 10 روز از تاریخ ارسال اطلاعات اقدام ما؛ یا
- تاریخ موثر اقدام در نظر گرفته شده.

اگر این مهلت را رعایت کنید، در حالی که درخواست تجدید نظر شما پردازش می شود، می توانید به دریافت خدمات یا اقلام مورد مناقشه ادامه دهید.

E4. مرحله 2 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای داروهای بخش D)

اگر پاسخ بیمه درمانی شما در مرحله 1 منفی باشد، چه اتفاقی خواهد افتاد؟

اگر پاسخ ما در زمینه بخشی یا همه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما منفی باشد، ما آن را بطور کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. این نامه به شما اطلاع می دهد که آیا خدمات یا اقلام مربوطه تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal هست یا نه.

- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام Medicare باشد، ما به محض تکمیل مرحله 1 تجدیدنظر، پرونده شما را به صورت خودکار برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، باید خودتان تجدیدنظر مرحله 2 را ارسال کنید. نامه ارسالی به شما اطلاع خواهد داد که چگونه این کار را بکنید. این اطلاعات همچنین در زیر آمده است.

تجدیدنظر مرحله 2 چیست؟

تجدیدنظر مرحله 2، دومین درخواست تجدید نظر می باشد و توسط سازمانی مستقل از طرح درمانی انجام می شود.



مشکل من در رابطه با خدمات یا اقلام Medi-Cal است. چگونه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنم؟

به دو روش می توانید برای خدمات و اقلام Medi-Cal درخواست تجدیدنظر مرحله 2 مطرح کنید: (1) پر کردن فرم شکایت یا بازنگری مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

(1) بازنگری پزشکی مستقل

شما می توانید از طریق مرکز خدمات California Department of Managed Health Care (DMHC) یک فرم شکایت پر کنید یا یک بازنگری مستقل پزشکی (IMR) درخواست کنید. پس از پر کردن فرم شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی کرده و حکم نهایی را صادر خواهد کرد. IMR برای همه خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند مقدور است. IMR به بازنگری پرونده شما توسط پزشکانی که عضو بیمه درمانی ما یا عضو DMHC نیستند اطلاق می گردد. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما برای انجام IMR هیچ هزینه ای نمی پردازید.

شما در صورتی می توانید شکایت خود را تنظیم یا IMR درخواست کنید که طرح ما:

- خدمات یا درمان های Medi-Cal را به دلیل عدم ضرورت پزشکی رد کرده، تغییر داده یا با تاخیر ارائه دهد.
- درمان های آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal برای شرایط پزشکی جدی و حاد را پوشش ندهد.
- هزینه خدمات درمانی اضطراری یا فوریتی Medi-Cal که دریافت کرده اید را بازپرداخت نکند.
- درخواست تجدیدنظر شما برای یکی از خدمات Medi-Cal را در صورت استاندارد بودن در 30 روز تقویمی یا در صورت سریع بودن در 72 ساعت حل و فصل کند.

توجه: در صورتی که تأمین کننده شما از جانب شما درخواست تجدیدنظر کرده است، اما ما فرم تعیین نماینده شما را دریافت نکرده باشیم، قبل از اینکه در اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده درخواست تجدیدنظر برای IMR سطح 2 کنید، باید درخواست تجدیدنظر خود را مجدداً برای ما ارسال کنید.

شما حق برخورداری از دادرسی IMR و ایالتی را دارید، اما نه در صورتی که دادرسی ایالتی برای همان مسئله قبلاً انجام شده باشد.

در اکثر موارد، باید پیش از درخواست IMR، برای ما درخواست تجدیدنظر ارسال کنید. برای اطلاعات در مورد روند درخواست تجدیدنظر مرحله 1 ما به صفحه 178 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می توانید علیه DMHC طرح شکایت کرده یا از مرکز خدمات DMHC درخواست یک IMR را مطرح کنید.

اگر درمان شما به دلیل این که روندی آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است پذیرفته نشود، نیازی نیست که پیش از اقدام برای یک IMR درگیر فرآیند تجدیدنظر طرح ما شوید.

اگر مشکل شما اضطراری است و برای سلامت شما موجب خطر جدی و فوری است یا چنانچه درد شدیدی دارید، می توانید بدون طی کردن فرآیند تجدیدنظر خواهی ما مورد را سریعاً با DMHC در میان بگذارید.

شما باید ظرف 6 ماه پس از تاریخی که ما کتبا نتیجه تجدیدنظر را برایتان ارسال کردیم، برای IMR درخواست بدهید. DMHC ممکن است پس از 6 ماه به دلایلی مناسب، مثلاً به دلیل داشتن یک وضعیت پزشکی که مانع از طرح تقاضای IMR توسط شما در طی 6 ماه شده بود، یا در صورتی که شما یک اطلاعیه مناسب از ما درباره روند IMR دریافت نکردید، درخواست شما را پس از 6 ماه نیز قبول کند.



جهت درخواست برای یک IMR:

- فرم شکایت/درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) که در:
www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx
موجود است را پر کنید یا با مرکز پشتیبانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- اگر نسخه‌ای از نامه‌ها یا دیگر مدارک مربوط به خدمات یا اقامت تایید نشده را نزد خود دارید به پیوست بفرستید. این کار می‌تواند روند IMR شما را تسریع کند. کپی مدارک؛ و نه اصل آنها را ارسال کنید. مرکز پشتیبانی هیچ مدرکی را پس نمی‌فرستد.
- اگر کسی برای ارسال IMR به شما کمک می‌کند، فرم انتصاب دستیار مجاز را پر کنید. شما می‌توانید این فرم را از نشانی
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
دریافت کنید یا با مرکز پشتیبانی اداره به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم‌ها و پیوست‌های خود را با نمابر یا به نشانی زیر ارسال کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
نمبر: 916-255-5241

اگر شما برای IMR واجد شرایط هستید، DMHC پرونده شما را بررسی خواهد کرد و ظرف 7 روز تقویمی نامه‌ای را برای شما ارسال کرده و به شما اطلاع می‌دهد که آیا برای IMR واجد شرایط هستید. پس از اینکه درخواست شما و اسناد حمایتی از طرف طرح شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی گرفته خواهد شد. شما باید ظرف 45 روز تقویمی از تاریخ ارسال شدن درخواست تکمیل شده خود، تصمیم IMR را دریافت کنید.

اگر مورد شما از نوع فوریتی بوده و برای IMR واجد شرایط هستید، DMHC پرونده شما را بررسی خواهد کرد و ظرف 2 روز تقویمی نامه‌ای را برای شما ارسال کرده و به شما اطلاع می‌دهد که آیا برای IMR واجد شرایط هستید. پس از اینکه درخواست شما و اسناد حمایتی از طرف طرح شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی گرفته خواهد شد. شما باید ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ ارسال درخواست تکمیل شده خود، تصمیم IMR را دریافت کنید. اگر از نتیجه IMR راضی نیستید، کماکان می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی دهید.

اگر DMHC تمام سوابق پزشکی مورد نیاز شما را از شما یا پزشک معالجتان دریافت نکند، پاسخ درخواست IMR ممکن است طولانی‌تر شود. اگر به پزشکی مراجعه می‌کنید که در شبکه طرح درمانی شما نیست، مهم است که پرونده پزشکی خود را از آن پزشک دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. طرح درمانی شما لازم است نسخه‌های سوابق پزشکی‌تان را از پزشکانی که عضو شبکه هستند دریافت کند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که مورد شما واجد شرایط IMR نیست، DMHC پرونده شما را طبق فرآیند عادی شکایات مشتری‌های خود مرور خواهد کرد. ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ ارسال شدن درخواست تکمیل شده خود، به شکایت شما پاسخ داده خواهد شد. چنانچه شکایت شما فوری باشد، سریعتر به آن رسیدگی خواهد شد.



(2) دادرسی ایالتی

شما می توانید برای خدمات دولتی و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید. اگر پزشک معالج یا دیگر درمان کنندگان شما خدمات یا اقلامی را درخواست کنند که ما آنها را تأیید نکنیم، یا اگر ما به پرداخت برای خدمات یا اقلامی که شما قبلاً داشته اید ادامه نداده و به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما جواب منفی دهیم، شما از حق مطرح کردن درخواست دادرسی ایالتی برخوردار می باشید.

در اکثر موارد از زمان ارسال نامه "حقوق دادرسی شما" مدت **120 روز فرصت دارید که درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید.**

توجه: اگر درخواست تجدید نظر شما به این دلیل است که ما به شما اعلام کردیم که یکی از خدماتی که در حال حاضر دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف می شود، در صورتی که می خواهید در حالی که درخواست تجدید نظرتان در جریان است کماکان به دریافت آن خدمات ادامه دهید، شما تعداد روزهای کمتری برای ارائه درخواست خود زمان خواهید داشت. برای دریافت اطلاعات بیشتر، بخش "آیا مزایای من در خلال درخواست های تجدید نظر مرحله 2 کماکان ادامه خواهد داشت" در صفحه 176 را مطالعه کنید.

برای درخواست دادرسی ایالتی دو راه وجود دارد:

1. شما می توانید فرم "درخواست برای دادرسی ایالتی" در پشت برگه اعلامیه اقدام را تکمیل کنید. شما باید همه اطلاعات مورد نیاز، شامل نام کامل، نشانی، شماره تلفن، نام بیمه درمانی یا آن کانتی که بر ضد شما تصمیم گیری کرده، برنامه (های) کمکی مربوطه، و شرح کامل دلایلی که برای درخواست دادرسی دارید را ارائه دهید. سپس می توانید با استفاده از یکی از روش های زیر درخواست خود را ارسال کنید:

- به بخش رفاهی کانتی که نشانی آن در اعلامیه ذکر شده است.

- به California Department of Social Services به آدرس:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

- ارسال نمابر به بخش دادرسی ایالتی به شماره 833-281-0905.

2. شما می توانید با California Department of Social Services با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم دارید از طریق تلفن درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید، در جریان باشید که این خطوط تلفن خیلی شلوغ هستند.

مشکل من در رابطه با خدمات یا اقلام Medicare می باشد. در مرحله 2 تجدیدنظر چه اتفاقی می افتد؟

یک نهاد بازنگری مستقل (IRE) به دقت تصمیم مرحله اول را بازنگری کرده و در این زمینه که آیا آن تصمیم باید تغییر کند تصمیم می گیرد.

- لازم نیست که شما درخواست تجدید نظر مرحله 2 ارسال کنید. ما بطور خودکار همه درخواست های تایید نشده (به طور کلی یا جزئی) را برای IRE ارسال می کنیم. اگر چنین اقدامی صورت گیرد، ما مورد را به شما اطلاع خواهیم داد.

- IRE توسط Medicare استفاده شده و هیچ ارتباطی با این طرح ندارد.



- شما می توانید برای ارسال نسخه ای از پرونده تان با بخش مراقبت مشتریان به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
 - IRE باید طی 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدید نظر مرحله 2 (یا طی 7 روز تقویمی از دریافت درخواست تجدیدنظر برای داروی نسخه ای بخش B از Medicare) شما به شما جواب دهد. این قانون در مواردی صادق است که هنوز خدمات یا اقلام را دریافت نکرده باشید.
 - در هر حال، IRE باید اطلاعات لازم را جمع آوری کند و این امر ممکن است به 14 روز زمان اضافه نیاز داشته باشد. اگر IRE به روزهای بیشتری برای پاسخ دهی نیاز داشته باشد بصورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B از Medicare است، IRE نمی تواند فرصت اضافی برای تصمیم گیری درخواست کند.
 - اگر در مرحله 1، "تجدید نظر سریع" درخواست کرده اید، خود به خود در مرحله 2 تجدید نظر سریع دریافت خواهید کرد. IRE باید طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما به شما جواب بدهد.
 - در هر حال، IRE باید اطلاعات لازم را جمع آوری کند و این امر ممکن است به 14 روز زمان اضافه نیاز داشته باشد. اگر IRE به روزهای بیشتری برای پاسخ دهی نیاز داشته باشد بصورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B از Medicare است، IRE نمی تواند فرصت اضافی برای تصمیم گیری درخواست کند.
- آیا در زمان تجدیدنظر مرحله 2 مزایای من کماکان برقرار خواهد بود؟**
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام تحت پوشش Medicare باشد، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در زمان تجدیدنظر مرحله 2 توسط نهاد بازنگری مستقل، متوقف نمی شود.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal بوده و شما درخواست دادرسی ایالتی کرده باشید، مزایای Medi-Cal شما برای آن خدمات یا اقلام می تواند تا زمان انجام تصمیم گیری ادامه یابد. شما باید درخواست خود را برای دادرسی در این تاریخ ها یا قبل از دیرترین تاریخ از تاریخ های زیر مطرح کنید تا بتوانید به دریافت مزایای خود ادامه دهید:
- ظرف مدت 10 روز از تاریخ ارسال اطلاعیه ما به شما در این زمینه که تصمیم منفی در زمینه مزایا (تصمیم در زمینه درخواست تجدید نظر مرحله 1) مورد تأیید قرار گرفته است؛ یا
 - تاریخ موثر اقدام در نظر گرفته شده.
- اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که تصمیم دادرسی گرفته می شود، می توانید به دریافت خدمات یا اقلام مورد مناقشه ادامه دهید.
- چگونه از نتیجه تصمیم گیری باخبر خواهیم شد؟**
- اگر درخواست تجدید نظر مرحله 2 شما یک بازنگری پزشکی مستقل بوده است، Department of Managed Health Care نامه ای برای شما ارسال خواهد کرد که در آن تصمیم اتخاذ شده توسط پزشکانی که پرونده شما را مرور کرده اند را شرح خواهد داد.
- اگر تصمیم بازنگری پزشکی مستقل برای بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، ما باید خدمات یا درمان تقاضا شده را ارائه دهیم.



- اگر تصمیم بازننگری پزشکی مستقل برای بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید **منفی** باشد، بدان معنی خواهد بود که آنها با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. شما کماکان از حق درخواست یک دادرسی ایالتی برخوردار خواهید بود. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به صفحه 184 مراجعه کنید.
 - اگر تجدید نظر مرحله 2 شما یک دادرسی ایالتی باشد، اداره تامین اجتماعی کالیفرنیا بصورت کتبی نتیجه تصمیم گیری خود را به شما اعلام خواهد کرد.
 - اگر تصمیم دادرسی ایالتی برای بخشی یا کل آنچه که خواسته اید **مثبت** باشد، ما باید به تصمیم آنها عمل کنیم. ما ملزم هستیم ظرف مدت 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت این تصمیم، اقدام(های) شرح داده شده را تکمیل نماییم.
 - اگر تصمیم دادرسی دولتی برای بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید **منفی** باشد، بدان معنی خواهد بود که آنها با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. ما می توانیم مزایای کمکی را که شما دریافت می کنید متوقف کنیم.
 - اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما به نهاد بازننگری مستقل (Medicare IRE) فرستاده شود، این نهاد برای شما نامه ای فرستاده و شما را از تصمیم خود مطلع خواهد کرد.
 - اگر پاسخ IRE برای بخشی یا کل آنچه که شما در درخواست تجدید نظر استاندارد خود مطرح کرده اید **مثبت** باشد، ما باید طی 72 ساعت پوشش خدمات درمانی مربوطه را تأیید کنیم یا طی 14 روز از زمان دریافت تصمیم IRE آن خدمات یا اقلام را به شما ارائه دهیم. اگر تقاضای تجدید نظر سریع کرده باشید، ما باید طی 72 ساعت از زمان دریافت تصمیم IRE آن پوشش مراقبت های پزشکی را تأیید کرده یا خدمات یا اقلام را به شما ارائه دهیم.
 - اگر پاسخ IRE به بخشی یا همه آنچه که شما در درخواست تجدیدنظر معمول خود برای داروی نسخه ای بخش B از Medicare خواسته اید **مثبت** باشد، ما باید یا پوشش داروی نسخه ای بخش B از Medicare را طی 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRE تأیید کرده و یا آن را ارائه دهیم. اگر تقاضای تجدید نظر سریع کرده باشید، ما باید طی 24 ساعت از زمان دریافت تصمیم IRE داروی نسخه ای بخش B از Medicare را تأیید کرده یا آن را به شما ارائه دهیم.
 - اگر تصمیم IRE برای بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید **منفی** باشد، این بدان معنی خواهد بود که آنها با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. به این امر "ابقای تصمیم" گفته می شود. به این امر همچنین "رد درخواست تجدید نظر شما" گفته می شود.
- اگر تصمیم گرفته شده نسبت به بخشی از درخواست یا همه آن منفی باشد، آیا می توانم باز هم درخواست تجدیدنظر کنم؟**
- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما از نوع یک بازننگری پزشکی مستقل باشد، می توانید درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره درخواست دادرسی عادلانه ایالتی به صفحه 184 مراجعه کنید.
- اگر درخواست تجدید نظر مرحله 2 شما از نوع یک دادرسی ایالتی باشد، می توانید 30 روز پس از دریافت نتیجه یک درخواست تجدید نظر را ارائه دهید. شما همچنین می توانید در زمینه پاسخ منفی دادرسی ایالتی از طریق ایراد دادخواست نزد دادگاه عالی (طبق بند 1094.5 قانون دادرسی مدنی) تقاضای بازننگری قضایی کرده و این کار را باید طی یک سال پس از دریافت تصمیم مربوطه انجام دهید. اگر پیش تر در زمینه همین مورد یک دادرسی ایالتی داشته اید، نمی توانید درخواست IMR کنید.
- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما به نهاد بازننگری مستقل (Medicare IRE) فرستاده شود، فقط در صورتی می توانید درخواست تجدیدنظر دهید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد درخواست شما از یک مقدار حداقل بیشتر باشد. نامه ای که از IRE دریافت می کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدید نظر شما را توضیح خواهد داد.



برای توضیحات بیشتر درباره مراحل بعدی درخواست تجدید نظر، به بخش A در صفحه 200 مراجعه کنید.

E5. مشکلات در زمینه پرداخت

ما به ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه خود اجازه نمی دهیم که برای خدمات و اقلام تحت پوشش برای شما صورتحساب صادر کنند. این امر حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان خدمات، از قیمت واقعی آن خدمات کمتر باشد پابرجا باقی خواهد ماند. شما هرگز نیازی به پرداخت باقیمانده یک صورتحساب را ندارید. تنها مبلغی که باید پرداخت آن از شما درخواست شود، تعرفه سهم بیمار برای داروهای دارای نام تجاری و داروهای تجویزی ژنریک می باشد.

اگر صورتحسابی دریافت کردید که بیشتر از مبلغ تعرفه سهم بیمار شما برای خدمات و اقلام پوشش داده شده باشد، آن صورت حساب را برای ما ارسال کنید. **شما نباید خودتان صورت حساب را پرداخت کنید.** ما مستقیماً با ارائه کننده خدمات تماس گرفته و به مسئله رسیدگی می کنیم.

برای دریافت اطلاعات بیشتر، به این بخش از فصل 7 مراجعه کنید: "درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورت حسابی که شما برای خدمات و داروهای تحت پوشش خود دریافت کرده اید." فصل 7 درباره شرایطی توضیح می دهد که در آن ممکن است از شما درخواست شود تا مبلغی را بازپرداخت کنید یا صورت حسابی که از یک ارائه کننده خدمات دریافت می کنید را پرداخت کنید. این بخش همچنین برای شما شرح می دهد که چگونه مدارک خود را برای درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید.

آیا می توانم از شما درخواست کنم تا سهم خود از هزینه ای که برای خدمات یا اقلام پرداخته ام را بازپرداخت کنید؟

به خاطر داشته باشید، اگر صورتحسابی دریافت کردید که بیشتر از مبلغ تعرفه سهم بیمار شما برای خدمات و اقلام پوشش داده شده باشد، شما نباید آن صورت حساب را به تنهایی پرداخت کنید. اما اگر خود صورتحساب مربوطه را پرداخت کنید، اگر قوانین مربوط به دریافت خدمات و اقلام را دنبال کنید، می توانید بازپرداخت مربوطه را دریافت کنید.

اگر درخواست کنید که به شما پرداختی صورت گیرد، این به منزله تصمیم گیری برای میزان پوشش می باشد. در این صورت ما بررسی خواهیم کرد که خدمات یا اقلامی که شما خریداری کرده اید تحت پوشش ما هستند و اینکه آیا شما قوانین مربوط به پوشش درمانی خود را رعایت کرده اید.

- اگر خدمات یا اقلامی که شما هزینه آنها را پرداخت کرده اید تحت پوشش ما باشد و شما تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما طی 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، سهم خود از هزینه خدمات یا اقلام مربوطه را برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام مربوطه را نپرداخته اید، ما پرداخت را مستقیماً برای ارائه دهنده خدمات ارسال می کنیم. وقتی ما پرداخت را ارسال می کنیم، به معنی پاسخ مثبت به درخواست شما برای تصمیم پوشش است.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد، یا اگر شما از قوانین مربوطه پیروی نکرده باشید، ما برای شما نامه ای خواهیم فرستاد و به شما اطلاع خواهیم داد که هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نمی کنیم و دلیل این تصمیم را هم برای شما توضیح می دهیم.

اگر ما اعلام کنیم که پرداختی انجام نخواهیم داد، چه باید کرد؟

اگر با نظر ما موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. می توانید به روند تجدیدنظر که در بخش E3 در صفحه 169 توضیح داده شده است، مراجعه کنید. هنگامی که این دستورالعمل ها را دنبال می کنید، لطفاً توجه فرمایید:

- اگر درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت ارسال کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما به شما پاسخ دهیم.



- اگر از ما می خواهید که هزینه یکی از خدمات یا اقلامی که خود هزینه آنرا پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت نماییم، در این صورت نمی توانید درخواست تجدیدنظر سریع بکنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدید نظر شما برای خدمات یا اقلامی که معمولاً تحت پوشش Medicare هستند منفی باشد، ما پرونده شما را به طور خودکار برای نهاد بازبینی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر چنین کاری صورت گیرد کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر IRE با تصمیم ما مخالفت کند و به ما بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پرداخت را برای شما یا درمان کننده تان ارسال کنیم. اگر در هر مرحله از روند تجدید نظر پس از مرحله 2، پاسخ به تجدید نظرتان مثبت باشد، ما موظف هستیم ظرف مدت 60 روز به شما یا درمان کننده تان پرداخت کنیم.
- اگر IRE به تجدید نظر پاسخ منفی بدهد، این به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست شما، موافق است. (به این امر "ابقای تصمیم" گفته می شود. همچنین به آن "رد درخواست تجدیدنظر شما" گفته می شود.) در نامه ای که دریافت می کنید حقوق تجدیدنظر دیگری که ممکن است شامل حال شما شود شرح داده خواهد شد. شما فقط در صورتی می توانید درخواست تجدید نظر مجدد دهید که ارزش پولی خدمات یا اقلام مورد درخواست شما از یک مقدار حداقل بیشتر باشد. برای توضیحات بیشتر درباره مراحل بعدی درخواست تجدید نظر، به بخش I در صفحه 200 مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدید نظر شما منفی باشد و خدمات یا اقلام مربوطه معمولاً تحت پوشش Medi-Cal باشند، شما خود می توانید یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 ارائه کنید (به بخش E4 در صفحه 172 مراجعه کنید).

F. داروهای بخش D

F1. در صورت داشتن مشکل برای تهیه داروهای بخش D یا اگر بخواهید ما برای داروهای بخش D به شما بازپرداخت کنیم

مزایای شما به عنوان عضو طرح درمانی ما شامل پوشش بسیاری از داروهای تجویزی می شود. اکثر این داروها جزو "داروهای بخش D" هستند. تعدادی داروهای بخش D هستند که تحت پوشش Medicare نیستند ولی ممکن است Medi-Cal آنها را پوشش دهد. این بخش فقط مربوط به تجدیدنظر برای داروهای بخش D می باشد.

فهرست داروهای تحت پوشش شامل داروهایی با علامت "NPD" می باشد. این داروها جزو داروهای بخش D نیستند. برای درخواست تجدیدنظر در رابطه با داروهایی با علامت "NPD"، فرآیند ذکر شده در بخش E در صفحه 166 باید دنبال شود.

آیا می توان برای تصمیم درباره پوشش یا تجدید نظر در رابطه با داروهای نسخه ای بخش D درخواست کرد؟

بله. در اینجا مثالهایی از تصمیم گیری های قابل درخواست شما در مورد داروهای بخش D آورده شده است:

- شما از ما درخواست می کنید که یک استثناء مانند یکی از این موارد را قائل شویم:
 - درخواست از ما برای پوشش یک داروی بخش D که در فهرست داروهای تحت پوشش طرح نیست
 - درخواست از ما برای برداشتن یک محدودیت در پوشش طرح برای یک دارو (از قبیل محدودیت ها در زمینه مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید)
- از ما می پرسید که آیا دارویی تحت پوشش هست یا نه (مثلاً دارو در فهرست داروها هست ولی لازم است که پیش از تجویز از ما درخواست تاییدیه کنید).



توجه: اگر داروخانه به شما اطلاع دهد که نمی تواند نسخه شما را آماده کند، نامه ای دریافت خواهید کرد که شما را راهنمایی می کند چگونه برای درخواست پوشش با ما تماس بگیرید.

- شما از ما می خواهید که هزینه داروی تجویز شده ای که خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم. این به مفهوم درخواست تصمیم گیری میزان پوشش برای بهای داروها است.

اصطلاح حقوقی برای تصمیم درباره پوشش داروهای بخش D "تعیین پوشش" می باشد.

اگر با تصمیم ما درباره میزان پوشش موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر دهید. در این بخش درباره چگونگی درخواست تصمیم درباره پوشش و درخواست تجدید نظر توضیح داده شده است.

برای کمک به خود در تصمیم گیری در این زمینه که کدام بخش حاوی اطلاعات مورد نیاز شما می باشد، از جدول زیر استفاده کنید:

شما در کدام یک از این شرایط هستید؟			
آیا به دارویی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا از ما می خواهید که محدودیت های دارویی که تحت پوشش است را برداریم؟	آیا می توانید از ما درخواست بازپرداخت هزینه داروهایی را بکنید که قبلاً دریافت و خریداری کرده اید؟	آیا از ما می خواهید دارویی از داروهای موجود در فهرست دارویی ما تحت پوشش باشد و اطمینان دارید که همه محدودیت ها و قوانین مربوطه برای داروی مورد نیاز خود (مانند تاییدیه قبلی) را رعایت کرده اید؟	آیا می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)
شما می توانید از ما درخواست تجدیدنظر کنید. (به این معنی است که از ما می خواهید در تصمیم خود بازبینی کنیم.)	شما می توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت انجام دهیم. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)	شما می توانید از ما درخواست تعیین میزان پوشش کنید.	شما می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)
با بخش F2 در صفحه 181 شروع کنید. همچنین به بخش های F3 و F4 در صفحات 181 و 182 رجوع کنید.	از این بخش صرف نظر کرده و به بخش F4 در صفحه 182 مراجعه کنید.	از این بخش صرف نظر کرده و به بخش F4 در صفحه 182 مراجعه کنید.	از این بخش صرف نظر کرده و به بخش F5 در صفحه 185 مراجعه کنید.



F2. استثناء چیست

استثناء قائل شدن به معنی اجازه دریافت پوشش برای داروهایی است که بطور معمول در فهرست داروهای تحت پوشش نیستند یا اجازه استفاده از داروها بدون محدودیت ها و قوانین ویژه می باشد. اگر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش موجود نیست، یا آن گونه که شما می خواهید ارائه نمی شود، می توانید درخواست کنید که مورد "استثناء" واقع شود.

وقتی درخواست استثناء می کنید، پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات شما باید توضیح دهند که چه دلایل پزشکی برای این استثناء وجود دارد.

چند مثال برای استثناهایی که شما، پزشک معالج شما یا دیگر درمان کنندگان می توانید درخواست کنید، در زیر آمده است:

1. پوشش دادن یک داروی بخش D که در فهرست داروهای تحت پوشش نیست.

- اگر با شما موافقت کنیم که استثناء قائل شویم و دارویی که در فهرست داروها نیست را پوشش دهیم، شما باید میزان سهم هزینه دارو را بر اساس رده 3 برای داروهای برند یا بر اساس رده 2 برای داروهای ژنریک پرداخت کنید.

- شما نمی توانید برای مبلغ تعرفه سهم بیمار یا سهم بیمه که شما باید برای داروها پرداخت کنید درخواست استثناء کنید.

2. حذف محدودیت از موارد پوشش ما. مقررات و محدودیت های دیگری هستند که در مورد برخی داروهای فهرست دارویی ما اعمال می شوند (برای دریافت اطلاعات بیشتر به بخش C از فصل 5 مراجعه کنید).

- قوانین و محدودیت های بیشتری در پوشش داروها شامل موارد زیر می گردد:

- گرفتن تاییدیه از طرح درمانی پیش از اینکه با پوشش دادن دارو برای شما موافقت کنیم. (گاهی به این عمل "تاییدیه قبلی" گفته می شود).

- نیاز به این وجود داشته باشد که دارویی متفاوت را اول امتحان کنید و در مرحله بعد با پوشش دادن داروی موردنظر شما موافقت کنیم. (گاهی به این عمل "درمان مرحله ای" گفته می شود).

- محدودیت از نظر مقدار. برای برخی داروها، مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید محدود است.

- اگر ما با شما موافقت کنیم که استثنا برای دارویی قائل شویم و محدودیت های اعمال شده بر یک دارو را برداریم، شما کماکان می توانید درخواست کنید که برای مبلغ تعرفه سهم بیمار هم استثناء قائل شود.

اصطلاح حقوقی برای درخواست حذف محدودیت برای پوشش یک دارو گاهی اوقات درخواست برای یک "استثناء دارونامه ای" نامیده می شود.

F3. اطلاعات مهم که در رابطه با درخواست استثناء قائل شدن باید بدانید

پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان شما باید به ما دلایل پزشکی ارائه دهند

پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات شما باید برای ما دلایل پزشکی برای نیاز به درخواست استثناء را شرح دهند. وقتی درخواست استثناء می کنید، اطلاعات مربوطه از پزشک معالج یا دیگر درمان کنندگان را ارسال کنید تا تصمیم گیری ما درباره درخواست شما برای استثناء قائل شدن، سریعتر صورت گیرد.



بطور معمول فهرست داروهای ما بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص دارد. این داروها، داروهای "جایگزین" نام دارند. اگر داروی جایگزینی به اندازه داروی مورد درخواست شما موثر باشد، و عوارض ناخواسته بیشتر یا مشکلات دیگری برای شما ایجاد نکند، ما عموماً درخواست شما برای استثناء قائل شدن را تایید نمی کنیم.

در مورد درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت یا منفی خواهیم داد

- اگر برای درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت بدهیم، معمولاً این استثناء تا پایان سال تقویمی ادامه خواهد داشت. این در صورتی است که پزشک معالج شما کماکان دارو را برای شما تجویز کند و این دارو برای بیماری شما موثر و بی خطر باشد.
- اگر ما به درخواست شما برای اعمال استثناء پاسخ منفی بدهیم، شما می توانید با ارسال درخواست تجدید نظر از ما بخواهید که تصمیم خود را بازنگری کنیم. بخش F5 در صفحه 185 به شما درباره چگونگی درخواست تجدید نظر در صورتی که پاسخ ما منفی باشد اطلاع می دهد.

بخش بعدی درباره چگونگی درخواست تعیین پوشش و درخواست استثناء می باشد.

F4. چگونه می توان برای یک داروی بخش D یا بازپرداخت برای یک داروی بخش D، از جمله استثناء، درخواست تصمیم پوشش ارائه کرد

چه باید کرد

در یک نگاه: چگونه می توان برای یک دارو یا پرداختی تقاضای تعیین پوشش کرد

- با ما از طریق تلفن، نامه یا نامبر تماس بگیرید، یا از نماینده، پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان بخواهید که با ما تماس بگیرند. در رابطه با موارد معمول تحت پوشش ظرف 72 ساعت برای پوشش تصمیم گیری خواهیم کرد. برای درخواست شما جهت بازپرداخت داروهای بخش D که قبلاً خریداری کرده اید ظرف 14 روز پاسخگو خواهیم بود.
- اگر درخواست استثناء می کنید، توصیه نامه پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان را نیز بفرستید.
- شما یا پزشک شما یا سایر تجویزکنندگان نسخه می توانند درخواست یک تصمیم سریع را مطرح کنند. (تصمیم گیری سریع معمولاً ظرف 24 ساعت انجام می شود.)
- این بخش را بخوانید تا مطمئن شوید واجد شرایط تصمیم سریع هستید! برای اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

- نوع پوشش موردنظر خود را درخواست کنید. درخواست خود را از طریق تلفن، نامه یا نامبر برای ما ارسال کنید. شما، نماینده تان یا پزشک معالج شما (یا دیگر تجویزکنندگان) می توانید این درخواست را ارسال کنید. شما می توانید با ما به شماره (TTY: 711) 1-888-697-8122 تماس بگیرید:
- شما، نماینده تان یا پزشک معالج شما (یا دیگر تجویزکنندگان) یا شخصی که از جانب شما اقدام می کند می توانید تصمیم پوشش درخواست کنید. شما همچنین می توانید وکیل را از جانب خود منصوب کنید.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره چگونگی دادن اجازه به شخصی دیگر به عنوان نماینده شما، به بخش D صفحه 163 مراجعه کنید.
- نیازی نیست به پزشک خود یا دیگر تجویزکنندگان اجازه کتبی بدهید تا بتوانند به نمایندگی از شما از ما تعیین پوشش درخواست کنند.

- اگر می خواهید از ما درخواست بازپرداخت برای یک دارو بکنید، فصل 7 این کتابچه را مطالعه کنید. فصل 7 مواردی را توضیح می دهد که ممکن است لازم شود از ما درخواست بازپرداخت کنید. در این فصل همچنین توضیحاتی در این زمینه داده می شود که چگونه مدارک خود را برای ما بفرستید تا ما سهم خود از هزینه های پرداختی شما برای داروها را پرداخت کنیم.



- اگر درخواست قائل شدن استثناء می کنید، "توصیه نامه پشتیبان" را ارائه دهید. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر باید به ما دلایل پزشکی برای استثناء آن دارو ارائه دهد. ما این را "توصیه نامه پشتیبان" می نامیم.
- پزشک معالج یا تجویزکنندگان دیگر شما می توانند این توصیه نامه را با پست یا نامبر برای ما ارسال کنند. یا اینکه پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات شما می توانند با ما تلفنی تماس بگیرند و سپس توصیه نامه را با پست یا نامبر برای ما کنند.

اگر وضعیت سلامت شما ایجاب می کند، درخواست "تصمیم گیری سریع" کنید.

ما از "مهلت مقرر معمول" پیروی می کنیم مگر اینکه با شما برای "مهلت مقرر سریع" توافق کرده باشیم.

- یک **تصمیم پوشش استاندارد** بدان معنی است که ما طی 72 ساعت از زمان دریافت توصیه نامه پزشک معالج شما به شما پاسخ خواهیم داد.
- یک **تصمیم پوشش سریع** به این معنی است که ما طی 24 ساعت از زمان دریافت توصیه نامه پزشک معالجتان به شما پاسخ خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی برای "تصمیم پوشش سریع" عبارت از "تعیین پوشش تسريع شده" می باشد.

شما فقط در صورتی می توانید درخواست تصمیم گیری سریع تر درباره میزان پوشش کنید که هنوز داروی مربوطه را دریافت نکرده باشید. (اگر برای دارویی که بهای آنرا پرداخته اید درخواست تعیین پوشش می کنید، نمی توانید درخواست تعیین پوشش سریعتر کنید.)

فقط در صورتی می توانید درخواست تصمیم گیری سریع تر کنید که مهلت مقرر معمول سلامت شما یا توانایی عملکرد شما در معرض خطر جدی قرار دهد.

اگر پزشک معالج شما یا تجویزکننده دیگری به ما اعلام کند که سلامت شما در گرو "تصمیم گیری سریعتر" است، ما بطور خودکار برای شما تصمیم گیری سریع خواهیم کرد و نامه ارسالی به شما این مطلب را تایید می کند.

- اگر (بدون پشتیبانی پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان) خودتان درباره میزان پوشش درخواست تصمیم گیری سریع کنید، ما باید تصمیم بگیریم که آیا چنین درخواست پوششی موجه می باشد.
- اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما واجد شرایط تصمیم گیری سریع درباره تعیین پوشش نیست، بجای آن از مهلت های استاندارد استفاده می کنیم.

○ ما با ارسال یک نامه این امر را به شما اطلاع می دهیم. نامه مذکور برای چگونگی شکایت درباره تصمیم ما مبنی بر بررسی درخواست شما در زمان معمول به شما توضیحات لازم را خواهد داد.

○ شما می توانید یک "شکایت سریع" طرح کنید و پاسخ به شکایت خود را طی 24 ساعت دریافت کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره چگونگی تنظیم شکایت و بویژه شکایت تسريع شده، به بخش J در صفحه 201 مراجعه کنید.

مهلت های مقرر "تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش"

- اگر از مهلت مقرر سریع تبعیت کنیم، باید ظرف 24 ساعت به شما پاسخگو باشیم. این یعنی 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما. یا اگر درخواست استثناء کرده اید، 24 ساعت پس از دریافت توصیه نامه پزشک معالج یا دیگر



تجویزکنندگان برای پشتیبانی از درخواست شما. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.

- اگر ما نتوانیم این مهلت مقرر را به موقع برآورده کنیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل (IRE) درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه شما خواسته اید مثبت باشد، باید طی 24 ساعت پس از دریافت درخواستتان یا دریافت توصیه نامه پزشک یا تجویزکننده در پشتیبانی از درخواست شما، پوشش را ارائه دهیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل پاسخ منفی خود را توضیح خواهیم داد. در این نامه همچنین چگونگی ارائه درخواست تجدید نظر در زمینه تصمیم ما برای شما توضیح داده می شود.

مهلت مقرر "تصمیم گیری استاندارد پوشش" برای داروهایی که هنوز دریافت نکرده اید

- اگر ما از مهلت های مقرر استاندارد تبعیت کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. یا اگر درخواست استثناء کرده اید، پس از دریافت بیانیه پشتیبان پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان برای پشتیبانی از درخواست شما به شما پاسخگو خواهیم بود. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.
- اگر نتوانیم این مهلت مقرر را به موقع برآورده کنیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما برای بخشی از درخواستتان یا همه آن مثبت باشد، ظرف 72 ساعت از دریافت درخواست شما، و اگر درخواست استثناء دارید، پس از دریافت توصیه نامه پزشک معالج شما یا تجویزکنندگان دیگر باید پوشش را تأیید یا آن را ارائه دهیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل پاسخ منفی خود را توضیح خواهیم داد. در این نامه همچنین چگونگی ارائه درخواست تجدید نظر در زمینه تصمیم ما برای شما توضیح داده می شود.

مهلت مقرر "تصمیم پوشش استاندارد" برای بازپرداخت دارویی که قبلاً خریداری کرده اید

- ما باید تا 14 روز پس از دریافت درخواستتان، نتیجه را به شما اعلام کنیم.
- اگر ما نتوانیم این مهلت مقرر را به موقع برآورده کنیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، ما مبلغ مربوطه را طی 14 روز تقویمی برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل پاسخ منفی خود را توضیح خواهیم داد. در این نامه همچنین چگونگی ارائه درخواست تجدید نظر در زمینه تصمیم ما برای شما توضیح داده می شود.



F5. مرحله 1 تجدیدنظر برای دارو های بخش D

در یک نگاه: نحوه درخواست تجدید نظر سطح 1

شما، پزشک شما یا تجویزکننده، یا نماینده شما می توانید این درخواست را به صورت کتبی با پست یا نمابر برای ما ارسال کنید. شما همچنین می توانید از طریق تماس تلفنی با ما درخواست تجدید نظر کنید.

- این درخواست را ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ تصمیمی که برای آن درخواست تجدیدنظر می کنید، ارسال کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای به مهلت تعیین شده نرسید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید.

- شما، پزشک معالج شما، تجویزکننده دارو و یا نماینده شما می تواند به ما تلفن و درخواست تجدید نظر سریع کند.

- این بخش را بخوانید تا مطمئن شوید واجد شرایط تصمیم سریع هستید! برای اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

- برای شروع تجدیدنظر باید شما، پزشک معالج، یا درمان کننده دیگر یا نماینده تان با ما تماس بگیرید.

- اگر برای تجدید نظر استاندارد درخواست می دهید، می توانید درخواست خود را بصورت کتبی بفرستید. شما همچنین می توانید به صورت تلفنی با تماس با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) از ما درخواست تجدیدنظر کنید.

- اگر می خواهید تجدید نظر سریع درخواست کنید، می توانید بصورت کتبی یا تلفنی با ما تماس بگیرید.

- باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ نامه ای که برای اعلام تصمیم برای شما فرستاده شده، درخواست تجدید نظر خود را ارسال کنید. اگر به این مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع کننده ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. برای مثال، نمونه هایی از دلایل قانع کننده برای از دست دادن یک ضرب العجل عبارتند از: ابتلا به یک بیماری شدید که از تماس شما با ما جلوگیری کرده است، یا اینکه ما اطلاعات غلط یا غیر کاملی درباره مهلت درخواست یک تجدیدنظر به شما داده باشیم.

- شما حق دارید از ما درخواست کنید تا یک نسخه از اطلاعات مربوط به تجدید نظر شما برایتان ارسال شود. برای درخواست یک نسخه، با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY:711)، تماس بگیرید.

اصطلاح حقوقی برای درخواست تجدید نظر در بیمه درمانی در رابطه با تصمیم درباره پوشش یک داروی بخش D "تصمیم گیری مجدد" نامیده می شود.

اگر مایل هستید، پزشک معالج شما یا دیگر تجویزکنندگان یا خودتان می توانید برای پشتیبانی از تجدید نظر اطلاعات بیشتر ارسال کنید.

اگر وضعیت سلامت شما ایجاب می کند، درخواست "تجدیدنظر سریع" کنید

- اگر درخواست تجدید نظر شما درباره دارویی است که هنوز دریافت نکرده اید، خود شما، پزشک معالج شما یا هر تجویزکننده دیگر باید تصمیم بگیرید که آیا به "تجدید نظر سریع" نیاز می باشد.

- شرایط لازم برای دریافت یک "تجدیدنظر سریع" همانند "درخواست تصمیم گیری سریع" می باشد که در بخش F4 در صفحه 182 توضیح داده شده است.

اصطلاح حقوقی برای "تجدید نظر سریع" عبارت از "بازنگری تسریع شده" می باشد.



طرح درمانی ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده تصمیم ما را به شما اعلام می کند

- ما به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش درمان پزشکی شما را بررسی می کنیم. ما بررسی می کنیم که با دادن جواب منفی به درخواست شما از تمام قوانین موجود پیروی کرده باشیم. ما ممکن است برای دریافت اطلاعات بیشتر با شما، پزشک معالج شما یا دیگر تجویزکنندگان تماس بگیریم. شخصی که بازنگری را انجام می دهد همان شخصی نیست که تصمیم ابتدایی را گرفته است.

مهلت های مقرر برای یک "تجدیدنظر سریع"

- اگر با مهلت مقرر سریع موافقت کرده باشیم، ظرف مدت 72 ساعت از دریافت تجدید نظر، و حتی زودتر در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، به شما پاسخگو خواهیم بود.
- اگر نتوانیم در مدت 72 ساعت به شما پاسخ دهیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، باید طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پوشش را ارائه دهیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل خود برای پاسخ منفی را شرح خواهیم داد.

مهلت های مقرر برای یک "تجدیدنظر استاندارد"

- اگر مهلت مقرر استاندارد را مد نظر قرار داده باشیم، ظرف مدت 7 روز تقویمی از دریافت تجدید نظر، و حتی زودتر در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، به شما پاسخگو خواهیم بود، مگر در حالتی که شما از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی که پرداخت کرده اید را به شما بازپرداخت نماییم. اگر از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم، ما ظرف 14 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به شما پاسخ خواهیم گفت. اگر سلامت شما در خطر است، درخواست "تجدیدنظر سریع" کنید.
- اگر ما ظرف 7 روز تقویمی یا 14 روز در صورتی که از ما خواسته باشید که هزینه داروهایی که قبلاً خریداری کرده اید، به شما پرداخت شود، تصمیم خود را به شما ارائه ندهیم، ما درخواست شما را به مرحله 2 روند تجدیدنظر خواهی ارسال خواهیم کرد. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه شما درخواست کرده اید مثبت باشد:
 - اگر ما درخواست شما برای پوشش را تایید کنیم، باید هر چه سریع تر برای حفظ سلامت شما و نهایتاً 7 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا 14 روز اگر از ما خواسته باشید که هزینه داروهایی که قبلاً خریداری کرده اید، به شما پرداخت شود، پوشش مورد نیاز را فراهم کنیم.
 - اگر درخواست شما برای بازپرداخت هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کرده اید بپذیریم، ظرف 30 روز از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما، مبلغ مربوطه را پرداخت خواهیم کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل خود برای پاسخ منفی را توضیح خواهیم داد.



F6. مرحله 2 تجدیدنظر برای دارو های بخش D

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمامی درخواست تجدید نظر شما **منفی** باشد، شما از این انتخاب برخوردار هستید که این تصمیم را بپذیرید یا مجدداً درخواست تجدید نظر کنید. اگر تصمیم بگیرید که به مرحله 2 تجدیدنظر بروید، نهاد بازنگری مستقل (IRE) تصمیم ما را مورد بازبینی قرار خواهد داد.

در یک نگاه: نحوه درخواست تجدید نظر مرحله 2
اگر مایل هستید که نهاد بازبینی مستقل (Independent Review Entity) پرونده شما را بازنگری کند، درخواست شما باید بصورت کتبی باشد.

- این درخواست را **ظرف مدت 60 روز تقویمی** از تاریخ تصمیمی که برای آن درخواست تجدیدنظر می کنید، ارسال کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای به مهلت تعیین شده نرسید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید.
- شما، پزشک معالج شما، تجویزکننده دارو و یا نماینده شما می تواند درخواست تجدید نظر مرحله 2 کند.
- این بخش را بخوانید تا مطمئن شوید واجد شرایط تصمیم سریع هستید! برای اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

- اگر مایل هستید که IRE پرونده شما را بازنگری کند، درخواست تجدیدنظر خواهی شما باید بصورت کتبی باشد. نامه ای که برای اعلام نتیجه تجدید نظر مرحله 1 برای شما می فرستیم، روند درخواست تجدید نظر مرحله 2 را شرح می دهد.
- وقتی برای IRE درخواست تجدیدنظر می فرستید، پرونده شما را برای آنها ارسال می کنیم. شما حق دارید از ما یک نسخه از پرونده تان را از طریق تماس با بخش مراقبت مشتریان (TTY: 711) 1-855-905-3825 درخواست کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید تا برای پشتیبانی از درخواست تجدید نظر خود اطلاعات بیشتر به IRE ارائه کنید.

- IRE یک سازمان مستقل می باشد که توسط Medicare استخدام شده است. این نهاد به این طرح درمانی مربوط نیست و نمایندگی دولتی نیز نمی باشد.
- بررسی کنندگان در IRE به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را بازنگری می کنند. این سازمان برای شما نامه ای می فرستد و تصمیم خود را اعلام می کند.

اصطلاح حقوقی برای درخواست تجدید نظر از IRE درباره یک داروی بخش D "تصمیم گیری مجدد" نامیده می شود.

مهلت مقرر "تجدیدنظر سریع" در مرحله 2

- اگر سلامت شما در خطر است، از (IRE) درخواست یک "تجدید نظر سریع" کنید.
- اگر IRE با "تجدیدنظر سریع" شما موافق باشد، باید ظرف 72 ساعت از زمان دریافت تجدیدنظر مرحله 2 به شما پاسخگو باشد.
- اگر پاسخ IRE به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید **مثبت** باشد، ما باید یا پوشش دارویی را طی 24 ساعت پس از دریافت تصمیم تأیید کرده یا آن را ارائه دهیم.



مهلت مقرر "تجدیدنظر استاندارد" در مرحله 2

- اگر شما درخواست یک تجدیدنظر استاندارد مرحله 2 کرده باشید، نهاد بازنگری مستقل (IRE) باید ظرف مدت 7 روز تقویمی از زمان دریافت تجدیدنظر مرحله 2 شما یا 14 روز اگر از ما خواسته باشید که هزینه داروهایی که قبلاً خریداری کرده اید، به شما پرداخت شود، به شما پاسخگو باشد.
- اگر پاسخ IRE به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، ما باید یا پوشش دارویی را طی 72 ساعت پس از دریافت تصمیم تأیید کرده و یا آن را ارائه دهیم.
- اگر IRE درخواست شما برای بازپرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را بپذیرد، ما ظرف 30 روز تقویمی از زمان دریافت نتیجه تجدیدنظر شما، مبلغ مربوطه را پرداخت خواهیم کرد.

در صورت عدم موافقت نهاد بازنگری مستقل با تجدید نظر مرحله 2 چه باید کرد؟

نظر منفی به این معنی است که نهاد بازنگری مستقل (IRE) با تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش شما موافق است. به این تصمیم اصطلاح "باقی به قوت" اطلاق می شود. به این "تأیید تصمیم" یا "رد درخواست شما" گفته می شود.

اگر می خواهید به مرحله 3 روند تجدید نظر بروید، داروهایی که درخواست می کنید باید از یک مبلغ نقدی حداقلی برخوردار باشد. اگر مبلغ نقدی مربوطه کمتر از مقدار حداقلی باشد، دیگر نمی توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر مبلغ نقدی به اندازه کافی بالا باشد، می توانید درخواست یک تجدید نظر مرحله 3 را ارائه کنید. نامه ای که از IRE دریافت خواهید کرد مقدار دلاری که برای ادامه فرآیند تجدید نظر لازم است را به شما اطلاع خواهد داد.

G. درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان

وقتی در بیمارستان بستری می شوید، حق شماسست که از همه خدمات بیمارستانی که تحت پوشش ماست و برای تشخیص و درمان بیماری یا آسیب دیدگی شما لازم است، بهره مند شوید.

طی دوران بستری شما در بیمارستان، پزشک معالج تان و کارکنان بیمارستان با شما به منظور آمادگی برای روزی که بیمارستان را ترک می کنید همکاری خواهند کرد. همچنین کمک های مورد نیاز شما پس از ترخیص نیز برنامه ریزی می شود.

- روزی که بیمارستان را ترک کنید "تاریخ ترخیص" نامیده می شود.
- پزشک معالج یا دیگر کارکنان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه روزی است.

اگر معتقدید که زودتر از موعد ترخیص می شوید، می توانید درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان ارسال کنید. این بخش چگونگی چنین درخواستی را شرح می دهد.

G1. کسب اطلاع در زمینه حقوق Medicare خود

ظرف دو روز از زمان پذیرش شما در بیمارستان، مسئول پرونده یا پرستارتان به شما نامه ای تحت عنوان "پیام مهم از Medicare درباره حق و حقوق شما" خواهد داد. اگر چنین نامه ای را دریافت نکردید، می توانید از هر یک از کارکنان بیمارستان آن را بخواهید. اگر به کمک نیاز دارید، با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از 8 صبح الی 8 شب، و هفت روز هفته تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. شما همچنین می توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



نامه مذکور را به دقت بخوانید و اگر هر قسمتی را متوجه نمی شوید سوال کنید. این "پیام مهم" درباره حقوق شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان می باشد، که شامل موارد زیر می شود:

- بهره مند شدن از خدمات تحت پوشش Medicare در زمان بستری و پس از ترخیص. این حق شما است که بدانید این خدمات چه هستند، چه کسی هزینه آن را می پردازد، و چگونه می توان به این خدمات دسترسی یافت.
- مشارکت داشتن در تصمیم گیری برای مدت بستری بودن خود.
- بدانید که در صورت وجود هرگونه نگرانی درباره کیفیت درمان بیمارستان خود با کجا تماس بگیرید.
- اگر معتقدید زودتر از موقع ترخیص می شوید، درخواست تجدید نظر کنید.

شما باید اعلامیه Medicare را امضاء کنید تا تایید کنید که آن را دریافت کرده اید و آنچه درباره حقوق شما نوشته شده است را متوجه شده اید. امضاء این اعلامیه بدین معنی نیست که شما با تاریخ ترخیصی که ممکن است پزشکتان یا کارکنان بیمارستان به شما اعلام کرده باشند، موافق هستید.

نسخه امضاء شده را برای خود نگه دارید تا اطلاعات مربوطه را در صورت لزوم داشته باشید.

- برای مشاهده یک نسخه از این اعلانیه از پیش، شما می توانید با بخش مراقبت مشتریان با شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825، از 8 صبح الی 8 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. شما همچنین می توانید 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته با شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

- شما همچنین می توانید این اعلامیه را به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

- در صورت نیاز به دریافت کمک، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان یا با Medicare به شماره های فوق تماس بگیرید.

G2. مرحله 1 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر می خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، باید درخواست تجدید نظر کنید. یک Quality Improvement Organization (QIO) مرحله 1 تجدید نظر را بازبینی می کند که مشخص کند آیا تاریخ احتمالی ترخیص شما از لحاظ پزشکی متناسب است. در کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) را Livanta BFCC-QIO می نامند.

برای یک درخواست تجدید نظر درخصوص تغییر تاریخ مرخص شدن خود از بیمارستان با Livanta BFCC-QIO به این شماره ها تماس بگیرید: (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123.

همین حالا تماس بگیرید!

با سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) پیش از ترک بیمارستان و قبل از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود تماس بگیرید. "پیام مهم از Medicare درباره حقوق شما" حاوی اطلاعاتی درباره نحوه تماس با سازمان ارتقاء کیفیت می باشد.



در یک نگاه: چگونه باید برای تغییر تاریخ ترخیص درخواست تجدیدنظر مرحله 1 داد

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره
1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس

بگیرید و "بازنگری سریع" درخواست کنید.

پیش از ترک بیمارستان و پیش از تاریخ پیشبینی شده
ترخیص خود به ما تلفن کنید.

- اگر پیش از ترک بیمارستان تماس بگیرید، می توانید حتی پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده تان بدون پرداخت مبلغی در بیمارستان بمانید تا نتیجه تجدید نظر تان را از سازمان بهبود کیفیت دریافت کنید.

- اگر برای تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ برنامه ریزی شده ترخیص تان همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم شود کل هزینه خدمات بیمارستانی که پس از تاریخ برنامه ریزی شده ترخیص تان دریافت کرده اید را پرداخت کنید.

- اگر مهلت مقرر تماس با سازمان بهبود کیفیت برای ارسال درخواست تجدیدنظر را از دست دهید، می توانید درخواست خود را مستقیماً با طرح ما مطرح کنید. برای جزئیات بیشتر، به بخش G4 در صفحه 192 مراجعه کنید.

- از آنجایی که هزینه بستری شدن در بیمارستان هم تحت پوشش Medicare و هم تحت پوشش Medi-Cal می باشد، چنانچه سازمان بهبود کیفیت درخواست شما را مبنی بر ادامه بستری در بیمارستان مورد رسیدگی قرار ندهد، یا اگر شما معتقدید که وضعیت تان اورژانسی است، و خطر فوری و جدی برای سلامت شما دارد، یا درد شدید دارید، ممکن است بتوانید شکایت کنید یا از اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) نیز یک بازنگری پزشکی مستقل درخواست کنید. برای آگاهی نسبت به نحوه شکایت و درخواست بازنگری پزشکی مستقل از DMHC لطفاً به بخش E4 صفحه 172 مراجعه کنید.

تلاش ما این است که شما بدانید که چه اقدامی باید بکنید و چه مهلت مقرری وجود دارد.

- در صورت نیاز به دریافت کمک آن را درخواست کنید. در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک در هر زمان، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. به روش دیگر، شما می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) چیست؟

پیش از ترک نمایندگی یا تسهیلات درمانی و پیش از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان به ما تلفن کنید. این متخصصین جزئی از طرح درمانی ما نیستند. آنها توسط Medicare استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند.

درخواست یک "بازنگری سریع"

شما باید در زمینه ترخیص خود از سازمان بهبود کیفیت درخواست یک "بازنگری سریع" کنید. درخواست "بازنگری سریع" یعنی از سازمان درخواست کنید به جای استفاده از مهلت مقرر معمول تجدید نظر از مهلت مقرر سریع استفاده کند.

اصطلاح حقوقی "بازنگری سریع" عبارت از "بازبینی فوری" می باشد.



در زمان بازنگری سریع چه اتفاقی می افتد؟

- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید که پوشش شما باید پس از تاریخ ترخیص پیشبینی شده شما ادامه پیدا کند. لزومی ندارد که پاسخی بصورت کتبی آماده کنید ولی اگر تمایل دارید مانعی وجود ندارد.
- بررسی کنندگان به پرونده پزشکی شما مراجعه کرده با پزشک معالج شما تماس می گیرند و همه اطلاعات مربوط به بستری شما را بازنگری می کنند.
- تا ظهر روز بعد از تاریخی که بررسی کنندگان درباره درخواست تجدید شما به شما اطلاع رسانی می کنند، شما یک نامه دریافت می کنید که تاریخ برنامه ریزی شده ترخیص شما از بیمارستان در آن ذکر شده است. این نامه توضیح خواهد داد که چرا پزشک معالج شما، بیمارستان و ما فکر می کنیم که تاریخ مذکور برای ترخیص شما مناسب است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی عبارت است از "اعلامیه همراه با جزئیات ترخیص" می باشد. شما می توانید برای دریافت نمونه ای از این اعلامیه با بخش مراقبت مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. شما همچنین می توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE ، تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا می توانید نمونه آنلاین این اعلامیه را در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

اگر پاسخ مثبت باشد چه می شود؟

- اگر سازمان ارتقاء کیفیت به تجدید نظر پاسخ مثبت دهد، ما ملزم هستیم تا زمانی که از نظر پزشکی لازم است خدمات بیمارستانی شما را پوشش دهیم.

اگر پاسخ منفی باشد چه می شود؟

- اگر پاسخ سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، بدین معنی است که تاریخ برنامه ریزی شده ترخیص شما با توجه به مسائل پزشکی صحیح است. در این صورت، پوشش خدمات بستری شما در بیمارستان ظهر روزی پس از دریافت پاسخ سازمان ارتقاء کیفیت خاتمه داده خواهد شد.
- اگر سازمان بهبود کیفیت پاسخ منفی داده و شما تصمیم بگیرید که در بیمارستان بمانید، آنگاه ممکن است مجبور شوید هزینه اقامت خود در بیمارستان را بپردازید. هزینه مراقبت های بیمارستانی که ممکن است شما مجبور به پرداخت آن شوید، از بعد از ظهر روزی شروع می شود که سازمان ارتقاء کیفیت به شما پاسخ می دهد.
- اگر سازمان ارتقاء کیفیت با درخواست تجدیدنظر شما موافقت نکند، و شما پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان در بیمارستان بمانید، همانطور که در بخش بعدی توضیح داده شده است، می توانید یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ارائه کنید.

G3. مرحله 2 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر سازمان ارتقاء کیفیت با درخواست تجدیدنظر شما موافقت نکند، و شما پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان در بیمارستان بمانید، می توانید یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ارائه کنید. باید با سازمان ارتقاء کیفیت تماس بگیرید و درخواست بازنگری مجدد کنید.



درخواست تجدید نظر مرحله 2 باید تا **60 روز تقویمی** از تاریخ اعلام نظر **منفی** سازمان بهبود کیفیت به تجدیدنظر شما در مرحله 1 ارسال شود. فقط در صورتی می توانید درخواست بازنگری کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان مانده باشید.

در کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) را Livanta BFCC-QIO می نامند. شما می توانید با Livanta BFCC-QIO با این شماره ها تماس بگیرید: **(1-855-887-6668) (TTY: 1-877-588-1123)**.

در یک نگاه: چگونه می توان برای تغییر تاریخ ترخیص درخواست تجدیدنظر مرحله 2 داد

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره
(1-877-588-1123) (TTY: 1-855-887-6668) تماس
بگیرید و یک بازنگری دیگر درخواست کنید.

- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت بار دیگر بدقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را بازنگری می کنند.
- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت طی 14 روز پس از دریافت درخواست شما برای تغییر تاریخ ترخیص تصمیم گیری خواهند کرد.

اگر پاسخ مثبت باشد چه می شود؟

- ما ملزم خواهیم بود که سهم خود از هزینه های بیمارستان را از زمان ظهر روز بعد از اعلام نتیجه تجدید نظر اول به شما بازپرداخت کنیم. ما ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که لازم است در بیمارستان بستری باشید، شما را پوشش دهیم.
- شما باید کماکان سهم خود را بپردازید و محدودیت هایی برای پوشش شما وجود دارد.

اگر پاسخ منفی باشد چه می شود؟

به این معنی خواهد بود که سازمان ارتقاء کیفیت با تصمیم مرحله 1 موافق است و آن را تغییر نخواهد داد. این نامه به شما خواهد گفت که اگر تمایل به درخواست تجدید نظر دارید چه اقدامی می توانید بکنید.

اگر سازمان ارتقاء کیفیت با درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما موافقت نکند، ممکن است لازم شود کل هزینه خدمات بیمارستانی که پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان دریافت کرده اید را پرداخت کنید.

ممکن است بتوانید شکایت کنید یا از DMHC نیز یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش بستری خود در بیمارستان درخواست کنید. برای آگاهی نسبت به نحوه شکایت و درخواست بازنگری پزشکی مستقل از DMHC لطفاً به بخش E4 صفحه 172 مراجعه کنید.

G4. اگر مهلت مقرر را از دست بدهید چه می شود؟

اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر ندهید، راه دیگری برای تجدیدنظر مرحله 1 و 2 وجود دارد، تحت عنوان تجدیدنظر جایگزین. ولی دو مرحله نخستین تجدید نظر خواهی متفاوت هستند.

مرحله 1 تجدیدنظر جایگزین برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر مهلت مقرر را برای تماس با سازمان بهبود کیفیت (که 60 روز تقویمی و قبل از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما، هرکدام که زودتر باشد، است) را از دست بدهید، می توانید برای ما درخواست "بازنگری سریع" ارسال کنید. بازنگری سریع نوعی تجدید نظر است که نسبت به تجدید نظر استاندارد سریع تر انجام می شود.



در یک نگاه: چگونه درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1 ارسال کنم

با شماره بخش مراقبت مشتریان ما تماس بگیرید و درخواست "بازنگری سریع" تاریخ ترخیص از بیمارستان را بدهید.

ما تصمیم خود را طی 72 ساعت به شما اعلام خواهیم کرد.

- در طی این بازنگری، ما همه اطلاعات مربوط به بستری شدن شما در بیمارستان را مورد بررسی قرار می دهیم. ما بررسی می کنیم تا دریابیم آیا تصمیم اتخاذ شده درباره زمان ترخیص شما از بیمارستان منصفانه بوده است و از قوانین موجود تبعیت کرده است.

- برای پاسخگویی به این بازنگری، از مهلت مقرر سریع استفاده می کنیم نه از مهلت مقرر معمول. ما ظرف 72 ساعت از زمان درخواست شما برای "بازنگری سریع" تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد.

- اگر پاسخ ما به بازنگری سریع مثبت باشد، به این معنی است که با شما موافقیم و می توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده در بیمارستان بمانید. خدمات بیمارستانی شما را تا زمانی که از نظر پزشکی نیاز باشد پوشش خواهیم داد.

- این همچنین به این معنی می باشد که از زمانی که به شما اعلام شده که پوشش شما پایان می یابد، ما می پذیریم که سهم خود را از هزینه هایی که شما متحمل شده اید پرداخت کنیم.

- اگر پاسخ ما به بازنگری سریع منفی باشد، به معنی این است که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی متناسب است. پوشش خدمات بیمارستانی شما در همان روزی که اعلام کرده بودیم پایان می یابد.

○ اگر پس از تاریخ برنامه ریزی شده ترخیص تان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم شود هزینه کامل خدماتی که در بیمارستان پس از تاریخ ترخیص دریافت کرده اید را پرداخت کنید.

- برای اطمینان از این که ما همه قوانین موجود را در زمان اعلام نتیجه منفی به تجدیدنظر سریع رعایت کرده ایم، ما درخواست شما را برای نهاد بازنگری مستقل نیز خواهیم فرستاد. هنگامی که ما این کار را انجام می دهیم، این بدان معنی می باشد که پرونده شما به طور خودکار به مرحله 2 روند تجدید نظر می رود.

اصطلاح حقوقی برای "مرور سریع" یا "تجدید نظر سریع" عبارت "تجدید نظر تسریع شده" می باشد.

مرحله 2 تجدیدنظر جایگزین برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

در زمان اعلام نتیجه مرحله اول به شما، ظرف 24 ساعت اطلاعات مربوط به تجدیدنظر مرحله 2 را به نهاد بازنگری مستقل (IRE) خواهیم فرستاد. اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرری را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. نحوه طرح شکایت در بخش J صفحه 201 آمده است.



در یک نگاه: روش طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2

شما لازم نیست هیچ اقدامی انجام دهید. طرح درمان شما بطور خودکار درخواست تجدیدنظر شما را به نهاد بازبینی مستقل (Independent Review Entity) می فرستد.

در زمان تجدیدنظر نظر مرحله 2، IRE تصمیم منفی ما در مورد درخواست "بازنگری سریع" شما را بازنگری می کند. این سازمان در مورد این که آیا تصمیم ما باید تغییر کند تصمیم می گیرد.

- IRE تجدیدنظر شما را مورد "بازنگری سریع" قرار می دهد. بررسی کنندگان معمولاً طی 72 ساعت به شما پاسخ خواهند داد.

- IRE یک سازمان مستقل می باشد که توسط Medicare استخدام شده است. این نهاد به این طرح درمانی مربوط نیست و نمایندگی دولتی نیز نمی باشد.

- بررسی کنندگان IRE به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما برای ترخیص از بیمارستان را بازنگری می کنند.

- اگر IRE به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، ما باید سهم خود از هزینه خدمات بیمارستان که شما پس از تاریخ برنامه ریزی شده ترخیص خود دریافت کرده اید را به شما بازپرداخت کنیم. ما ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم می باشد به پوشش خدمات بیمارستانی شما ادامه دهیم.

- اگر پاسخ IRE به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، بدین معنی است که با تصمیم ما مبنی بر این که تاریخ ترخیص بیمارستان از نظر پزشکی صحیح بوده است، موافق هستند.

- نامه ای که از IRE دریافت خواهید کرد به شما خواهد گفت که اگر تمایل به ادامه روند بازنگری دارید چه اقدامی می توانید بکنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه درخواست تجدیدنظر نظر مرحله 3 که توسط قاضی رسیدگی می شود را ارسال کنید.

همچنین ممکن است بتوانید شکایت کنید یا از DMHC یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش بستری خود در بیمارستان درخواست کنید. برای آگاهی نسبت به نحوه شکایت و درخواست بازنگری پزشکی مستقل از DMHC لطفاً به بخش E4 صفحه 172 مراجعه کنید. شما می توانید علاوه بر یا به جای درخواست تجدیدنظر نظر مرحله 3، یک درخواست بازبینی مستقل پزشکی را مطرح کنید.

H. اگر فکر می کنید که خدمات مراقبت های خانگی، مراقبت های پرستاران ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی قراگیر Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) شما زودتر از موعد پایان می یابد، چه باید کرد

این بخش فقط درباره خدمات زیر است:

- خدمات مراقبت سلامت در منزل.
- مراقبت های پرستاران ورزیده در یک مرکز پرستاری حرفه ای.
- مراقبت های باز توانی که در یک مرکز توانبخشی سرپایی (CORF) مورد تایید Medicare دریافت می کنید. معمولاً به این معنی است که برای بیماری یا تصادف درمان می شوید یا اینکه در دوره نقاهت بعد از عمل جراحی بزرگ هستید.



○ برای هر یک از این نوع خدمات شما از این حق برخوردار هستید که تا زمان مورد تشخیص پزشک خود این خدمات را تحت پوشش بیمه دریافت کنید.

○ در صورت تصمیم به توقف در پوشش دادن هر یک از این خدمات، ما باید پیش از توقف پوشش این خدمات به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش شما برای این مراقبت ها پایان یابد، ما پرداخت به شما را برای خدمات درمانی تان را قطع خواهیم کرد.

اگر معتقدید که پوشش درمانی شما زودتر از موقع پایان می یابد، می توانید برای تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. در این بخش چگونگی درخواست تجدید نظر شرح داده شده است.

H1. ما پیشاپیش متوقف کردن پوشش شما را به شما اعلام خواهیم کرد

شما حداقل دو روز پیش از خاتمه دادن به پرداخت هزینه خدمات درمانی تان یک اعلامیه دریافت خواهید کرد. این اعلامیه، "اطلاعیه عدم پوشش Medicare" نامیده می شود.

● اطلاعیه کتبی که به شما داده می شود تاریخ اتمام پوشش شما را اعلام می کند.

● این اطلاعیه کتبی چگونگی روند تجدید نظر را نیز برای شما توضیح می دهد.

شما یا شخصی به نمایندگی شما باید اطلاعیه کتبی را امضاء کند تا دریافت آن قابل اثبات باشد. امضای این اطلاعیه کتبی به معنی این نیست که شما با طرح، درباره اینکه زمان اتمام پوشش رسیده است، موافق هستید.

با پایان یافتن پوشش خدمات شما، ما دیگر سهم خود از هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت نخواهیم کرد.

H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه مراقبت های خود

اگر معتقدید که پوشش درمانی شما زودتر از موقع پایان می یابد، می توانید در زمینه تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. در این بخش چگونگی درخواست تجدید نظر شرح داده شده است.

پیش از شروع رویه تجدیدنظرخواهی، لطفا دقت کنید که چه اقدامی باید بکنید و چه مهلت های مقرر وجود دارند.

● در چهارچوب مهلت های مقرر اقدام کنید. مهلت های مقرر مهم هستند. مطمئن شوید که مهلت های زمانی مربوط به امور خود را متوجه شوید و به آنها عمل کنید. بیمه ما نیز باید مهلت های مقرر را رعایت کند. (اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرر دیگر را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. نحوه طرح شکایت در بخش L صفحه 201 آمده است.)

● در صورت نیاز به دریافت کمک آن را درخواست کنید. در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک در هر زمان، لطفاً با بخش مراقبت مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. یا با برنامه کمکی بیمه درمانی ایالت خود با شماره 1-877-839-2675 تماس بگیرید.



در یک نگاه: چگونه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه درمان ارسال کنم

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره
1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس
بگیرید و "بازنگری سریع" درخواست کنید.
پیش از ترک آژانس یا تسهیلات درمانی و پیش از تاریخ
پیشبینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید.

در طی روند درخواست تجدیدنظر مرحله 1، یک سازمان ارتقاء کیفیت
درخواست تجدیدنظر خواهی شما را مورد بررسی قرار داده و تصمیم
می گیرد که آیا تصمیم گرفته شده توسط ما باید تغییر کند. در کالیفرنیا،
سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization)
را Livanta BFCC-QIO می نامند. شما می
توانید با Livanta BFCC-QIO با این شماره ها تماس بگیرید:
1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). اطلاعات در
مورد درخواست تجدید نظر از سازمان ارتقاء کیفیت همچنین در
"اطلاعیه عدم پوشش Medicare" موجود می باشد. این اطلاعیه ای
است که وقتی به شما گفته شد ما مراقبت های خود را متوقف خواهیم
کرد دریافت خواهید کرد.

سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) چیست؟

این سازمان از گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت های سلامتی تشکیل شده که هزینه آنها توسط دولت فدرال
پرداخت می شود. این متخصصین جزئی از طرح درمانی ما نیستند. آنها توسط Medicare استخدام شده اند تا کیفیت خدمات
ارایه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند.

چه چیزی را باید درخواست کنید؟

از آنها یک "تجدید نظر سریع" را درخواست کنید. این یک بازبینی مستقل در این زمینه می باشد که آیا از نظر پزشکی برای ما
توجیه پذیر می باشد تا پوشش درمانی شما را متوقف نمائیم.

مهلت تماس با این سازمان چقدر است؟

- شما نباید دیرتر از ظهر روز بعد از دریافت اطلاعیه کتبی ما مبنی بر توقف پوشش درمانی شما با
Quality Improvement Organization تماس بگیرید.
- اگر به مهلت تماس با سازمان ارتقاء کیفیت برای ارسال درخواست تجدیدنظر نرسید، می توانید درخواست خود را
مستقیماً به طرح درمانی ما بفرستید. برای اطلاع از جزئیات نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش H4 در صفحه 198
مراجعه کنید.
- چنانچه سازمان بهبود کیفیت درخواست شما را مبنی بر ادامه پوشش خدمات مراقبت سلامت مورد رسیدگی قرار ندهد،
یا اگر شما معتقدید که وضعیت تان اورژانسی است، و خطر فوری و جدی برای سلامت شما دارد، یا درد شدید دارید،
ممکن است بتوانید شکایت کنید با از اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) نیز یک بازنگری پزشکی
مستقل درخواست کنید. برای آگاهی نسبت به نحوه شکایت و درخواست بازنگری پزشکی مستقل از DMHC لطفاً به
بخش E4 صفحه 172 مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای این اطلاعیه کتبی، "اعلامیه عدم پوشش Medicare" است. برای دریافت نسخه نمونه، با بخش
مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825، از 8 صبح الی 8 شب، و هفت روز هفته تماس
بگیرید. این تماس رایگان است یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز
هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما همچنین می توانید یک نسخه از این اعلامیه را
به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices
مشاهده کنید.



در زمان بازنگری سازمان بهبود کیفیت چه می‌گذرد؟

- بررسی کنندگان Quality Improvement Organization از شما یا نماینده تان می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید که پوشش شما باید پس از تاریخ ترخیص پیشبینی شده شما ادامه پیدا کند. لزومی ندارد که پاسخی بصورت کتبی آماده کنید ولی اگر تمایل دارید مانعی وجود ندارد.
- وقتی درخواست یک تجدید نظر می‌کنید، طرح باید نامه ای برای شما و سازمان ارتقاء کیفیت ارسال کند و دلایل پایان دادن به خدمات شما را توضیح دهد.
- بررسی کنندگان همچنین پرونده پزشکی شما را مطالعه کرده با پزشک معالج شما تماس می‌گیرند و اطلاعات ارسال شده از سوی طرح پوشش درمانی را نیز بازنگری می‌کنند.
- بازنگران پس از یک روز کامل از زمان مرور اطلاعات مورد نیاز خود، تصمیم شان را به شما اعلان خواهند کرد. نامه ای دریافت خواهید کرد که در آن تصمیم اتخاذ شده برای شما توضیح داده می‌شود.

اصطلاح حقوقی برای نامه ای که دلایل خاتمه یافتن پوشش خدمات شما را شرح می‌دهد، "شرح مفصل عدم پوشش" نام دارد.

اگر پاسخ بازنگران مثبت باشد چه می‌شود؟

- اگر پاسخ بررسی کنندگان نسبت به درخواست تجدیدنظر شما مثبت باشد، ما باید به پوشش خدمات درمانی شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم.

اگر پاسخ بازنگری منفی باشد چه می‌شود؟

- اگر بررسی کنندگان به درخواست تجدیدنظر تان پاسخ منفی دهند، پوشش شما در تاریخی که به شما اعلام کرده بودیم متوقف می‌شود. پرداخت سهمیه خود از هزینه های خدمات شما را متوقف خواهیم کرد.
- اگر تصمیم بگیرید که خدمات مراقبت در منزل، خدمات مراقبتی مراکز پرستاری حرفه ای، یا مرکز توانبخشی سرپایی جامع (CORF) را پس از پایان تاریخ پوشش خود ادامه دهید، باید هزینه کامل خدمات درمانی را خودتان پرداخت کنید.

H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای ادامه مراقبت های خود

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی دهد و شما بخواهید پس از اتمام پوشش درمانی خود باز هم از این پوشش برخوردار باشید، می‌توانید یک درخواست تجدید نظر مرحله 2 را مطرح کنید.

در طی دوره درخواست تجدیدنظر مرحله 2، شما می‌توانید از سازمان ارتقاء کیفیت بخواهید که تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 را دوباره مرور کند. اگر آنها بگویند که با تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 موافق هستند، ممکن است لازم شود شما هزینه کامل خدمات مراقبت در منزل، تسهیلات پرستاری حرفه ای، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل (CORF) را برای مدت پس از تاریخی که ما اعلام کردن پوشش دادن آنها را متوقف می‌کنیم خودتان پرداخت کنید.



در یک نگاه: روش طرح یک درخواست تجدید نظر 2 برای درخواست اینکه طرح مراقبت های شما را برای مدت طولانی تری مورد پوشش قرار دهد

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره
1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس
بگیرید و یک بازنگری دیگر درخواست کنید.

پیش از ترک آژانس یا تسهیلات درمانی و پیش از تاریخ
پیشبینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید.

در کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) را Livanta BFCC-QIO می نامند. شما می
توانید با Livanta BFCC-QIO با این شماره ها تماس بگیرید:
1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). درخواست
تجدید نظر مرحله 2 باید تا **60 روز تقویمی** از تاریخ اعلام نظر منفی
سازمان بهبود کیفیت به تجدیدنظر شما در مرحله 1 ارسال شود. فقط
در صورتی می توانید درخواست بازنگری کنید که بعد از تاریخ پایان
پوشش در بیمارستان مانده باشید.

- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت بار دیگر بدقت همه
اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را بازنگری
می کنند.

- سازمان ارتقاء کیفیت طی 14 روز پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تصمیم خود را اعلام خواهد کرد.

اگر پاسخ بازنگری سازمان مثبت باشد چه می شود؟

- ما ملزم هستیم سهم خود را از هزینه هایی که شما از زمانی که اعلام شده پوشش تان پایان می یابد متحمل شده اید، را
پرداخت کنیم. ما ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم است پوشش مراقبت های شما را ادامه
و ارائه دهیم.

اگر پاسخ بازنگری سازمان منفی باشد چه می شود؟

- به این معنی است که با تصمیم مرحله 1 خود موافقت و آن را تغییر نمی دهند.
- نامه ای دریافت خواهید کرد که به شما خواهد گفت در صورت تمایل به ادامه روند بازنگری چه اقدامی می توانید
بکنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 3 که توسط قاضی رسیدگی می
شود را ارسال کنید.
- ممکن است بتوانید نزد DMHC شکایت کنید و درخواست یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات
درمانی تان بدهید. برای آگاهی نسبت به درخواست بازنگری پزشکی مستقل از DMHC لطفاً به بخش E4 صفحه
172 مراجعه کنید. شما می توانید علاوه بر یا به جای درخواست تجدید نظر مرحله 3، شکایت کنید و درخواست
بازبینی مستقل پزشکی از DMHC، مطرح کنید.

H4. اگر مهلت مقرر برای درخواست تجدیدنظر مرحله 1، را از دست بدهید چه باید کرد؟

اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر ندهید، راه دیگری برای تجدیدنظر مرحله 1 و 2 وجود دارد، تحت عنوان
تجدیدنظر جایگزین. ولی دو مرحله نخستین تجدید نظر خواهی متفاوت هستند.

مرحله 1 تجدیدنظر جایگزین برای ادامه خدمات به مدت طولانی تر

اگر پیش از زمان مهلت مقرر به سازمان ارتقاء کیفیت درخواست تجدیدنظر ندهید، می توانید به ما درخواست "بازنگری سریع"
ارسال کنید. بازنگری سریع نوعی تجدید نظر است که نسبت به تجدید نظر استاندارد سریع تر انجام می شود.

- در طول این بررسی، ما تمام اطلاعات مربوط به مراقبت های سلامتی شما در منزل، مراقبت های مرکز پرستاری
حرفه ای و یا مراقبت هایی را که در مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF) دریافت کرده اید را مرور می کنیم.



بررسی می کنیم که آیا تصمیم گرفته شده درباره زمان اتمام پوشش شما منصفانه بوده است و از قوانین موجود تبعیت کرده است یا نه.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1 ارسال کنم

با شماره بخش مراقبت مشتریان ما تماس گرفته و درخواست یک "بازنگری سریع" دهید. ما تصمیم خود را طی 72 ساعت به شما اعلام خواهیم کرد.

- برای پاسخگویی به این بازنگری، از مهلت مقرر سریع، و نه از مهلت مقرر معمول، استفاده می کنیم. ظرف 72 ساعت از زمان درخواست شما برای "بازنگری سریع" تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد.
- اگر پاسخ ما به درخواست بازنگری سریع شما مثبت باشد بدین معنی است که موافقت کرده ایم به پوشش خدمات درمانی شما در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم.

- این همچنین به این معنی می باشد که از زمانی که به شما اعلام شده که پوشش شما پایان می یابد، ما می پذیریم که سهم خود را از هزینه هایی که شما متحمل شده اید پرداخت کنیم.

- اگر پاسخ ما به بازنگری سریع منفی باشد، به معنی این است که اتمام پوشش درمانی شما از نظر پزشکی متناسب است. پوشش درمانی تان از روزی که به شما اعلام شده بود، قطع خواهد شد.

اگر پس از تاریخ اعلام شده اتمام پوشش تان کماکان از خدمات استفاده کنید، ممکن است لازم شود هزینه کامل این خدمات را خودتان بپردازید.

برای اطمینان از این که ما همه قوانین موجود را در زمان اعلام نتیجه منفی به تجدیدنظر سریع رعایت کرده ایم، ما درخواست شما را برای "نهاد بازنگری مستقل" نیز خواهیم فرستاد. هنگامی که ما این کار را انجام می دهیم، این بدان معنی می باشد که پرونده شما به طور خودکار به مرحله 2 روند تجدید نظر می رود.

اصطلاح حقوقی برای "مرور سریع" یا "تجدید نظر سریع" عبارت "تجدید نظر تسریع شده" می باشد.

مرحله 2 تجدیدنظر جایگزین برای ادامه خدمات به مدت طولانی تر

در زمان اعلام نتیجه مرحله اول به شما، ظرف 24 ساعت اطلاعات مربوط به تجدیدنظر مرحله 2 را به نهاد بازنگری مستقل (IRE) خواهیم فرستاد. اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرر را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. نحوه طرح شکایت در بخش J صفحه 201 آمده است.

در یک نگاه: چگونه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای تمدید طول درمان ارسال کنم

شما لازم نیست هیچ اقدامی انجام دهید. طرح درمان شما بطور خودکار درخواست تجدید نظر شما را به Independent Review Entity می فرستد.

در زمان تجدید نظر مرحله 2، IRE تصمیم منفی ما در مورد درخواست "بازنگری سریع" شما را بازنگری می کند. این سازمان در مورد این که آیا تصمیم ما باید تغییر کند تصمیم می گیرد.

- IRE تجدیدنظر شما را مورد "بازنگری سریع" قرار می دهد. بررسی کنندگان معمولاً طی 72 ساعت به شما پاسخ خواهند داد.

- IRE یک سازمان مستقل می باشد که توسط Medicare استخدام شده است. این نهاد به این طرح درمانی مربوط نیست و نمایندگی دولتی نیز نمی باشد.



- بررسی کنندگان IRE به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را بازنگری می کنند.
 - اگر پاسخ IRE به درخواست تجدید نظر شما مثبت باشد، ما ملزم هستیم که سهم خود از مبلغ پرداخت شده توسط شما را بازپرداخت کنیم. ما همچنین ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم می باشد به پوشش خدمات بیمارستانی شما ادامه دهیم.
 - اگر پاسخ IRE به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، بدین معنی است که آنها با تصمیم ما مبنی بر این که اتمام خدمات شما از لحاظ پزشکی صحیح بوده است، موافق هستند.
- نامه ای که از IRE دریافت خواهید کرد به شما خواهد گفت که اگر تمایل به ادامه روند بازنگری دارید چه اقدامی می توانید بکنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 3 که توسط قاضی رسیدگی می شود را ارسال کنید.

ممکن است بتوانید نزد DMHC شکایت کنید و درخواست یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات درمانی تان بدهید. برای آگاهی نسبت به درخواست بازنگری پزشکی مستقل از DMHC لطفاً به بخش E4 صفحه 172 مراجعه کنید. شما می توانید علاوه بر یا به جای درخواست تجدید نظر مرحله 3، شکایت کنید و درخواست بازبینی مستقل پزشکی از DMHC، مطرح کنید.

1. درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2

1.1. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medicare

اگر پاسخ مراحل 1 و 2 تجدیدنظر برای خدمات یا اقلام Medicare هر دو منفی باشد، حق درخواست مراحل بیشتری از تجدیدنظر دارید. نامه ای که از نهاد بازنگری مستقل دریافت خواهید کرد به شما خواهد گفت که اگر تمایل به ادامه روند بازنگری دارید چه اقدامی می توانید انجام دهید.

مرحله 3 تجدیدنظر توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) انجام می شود. فردی که در مورد درخواست تجدید نظر مرحله 3 تصمیم گیری می کند، یک ALJ یا یک داور حقوقی می باشد. اگر مایل هستید که یک ALJ پرونده شما را بازنگری کند، اقلام یا خدمات پزشکی مورد درخواست شما باید از یک ارزش نقدی حداقلی برخوردار باشد. اگر ارزش نقدی مربوطه کمتر از مقدار حداقلی باشد، دیگر نمی توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر ارزش نقدی به اندازه کافی بالا باشد، می توانید از یک ALJ یا یک داور حقوقی درخواست تجدید نظر خواهی کنید.

اگر با نظر ALJ یا یک داور حقوقی موافق نیستید، می توانید به شورای تجدیدنظر Medicare مراجعه کنید. پس از این مرحله، حق این را دارید که از یک دادگاه فدرال بخواهید تجدید نظر شما را بررسی کند.

اگر در هر یک از مراحل تجدیدنظر به کمک نیاز داشتید، می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program تماس بگیرید. شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

1.2. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medi-Cal

اگر درخواست تجدید نظر شما در رابطه با خدمات یا اقلامی باشد که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal باشند از حقوق بیشتری در راستای تجدید نظر برخوردار خواهید بود. اگر با تصمیم دادرسی دولتی موافق نیستید و می خواهید یک قاضی دیگر مورد شما را بررسی کند، می توانید یک دادرسی مجدد و/یا بازنگری قضایی درخواست کنید.

برای درخواست دادرسی مجدد باید کتبا (از طریق نامه) به نشانی زیر مکاتبه کنید:



The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

این نامه باید ظرف 30 روز از تاریخ دریافت تصمیم مربوط به شما، ارسال گردد. اگر دلیلی مناسب برای تأخیر داشته باشید، می توانید این مهلت را تا 180 روز افزایش دهید.

در درخواست دادرسی مجدد، تاریخ دریافت تصمیم را ذکر کرده و توضیح دهید که چرا دادرسی مجدد باید انجام گیرد. اگر مایل هستید که شواهد بیشتری ارائه دهید، درباره این شواهد توضیح دهید و ذکر کنید که چرا در مراحل پیشین این شواهد ارائه نشده است و چگونه این شواهد می توانند تصمیم بررسی کنندگان را تغییر دهند. شما می توانید برای دریافت کمک به خدمات حقوقی مراجعه کنید.

برای درخواست بازنگری قضایی، باید دادخواستی در دادگاه عالی (بر اساس بخش 1094.5 آیین دادرسی مدنی) حداکثر تا یک سال از تاریخ دریافت تصمیم ثبت گردد. دادخواست خود را در دادگاه عالی آن کانتی که نام آن در تصمیم گرفته شده برای شما ذکر شده است ثبت کنید. شما می توانید این دادخواست را بدون درخواست برای یک تجدیدنظر ثبت کنید. هزینه ای برای تشکیل پرونده نیاز نیست. اگر در نهایت دادگاه به نفع شما رای دهد، هزینه ها و دستمزد وکلای شما تا حد معقول به شما قابل پرداخت است.

اگر با تصمیم جلسه تجدیدنظر موافق نباشید دیگر امکان تجدیدنظر بعدی وجود ندارد ولی می توانید درخواست بازنگری قضایی کنید.

ل. چگونه می توان شکایت کرد

ل1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد؟

فرآیند شکایات فقط برای برخی مشکلات است، مانند مسایل مربوط به کیفیت خدمات درمانی، زمان انتظار، و خدمات امور مشتریان. در اینجا مثالهایی از مشکلات خاصی که با روند شکایت پیگیری می شوند ارائه شده است.

شکایت ها درباره کیفیت

- از کیفیت درمان خود راضی نیستید، مانند درمان شما در بیمارستان.

شکایت درباره رعایت حریم خصوصی

- اگر فکر می کنید شخصی حقوق حریم خصوصی شما را محترم ندانسته است، یا اطلاعات مربوط به شما که محرمانه هستند را با دیگران در میان گذاشته است.

شکایت درباره خدمات یا رفتار نامطلوب

- یکی از ارائه دهنده گان خدمات سلامتی یا کارکنان به شما بی احترامی یا بی ادبی کرده است.

- کارکنان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan رفتار مناسبی با شما نداشته اند.

- احساس می کنید شما را از طرح درمانی بیرون می رانند.

در یک نگاه: چگونه می توان شکایت کرد

شما می توانید نزد طرح ما یک شکایت داخلی را مطرح کرده و یا یک شکایت خارجی را نزد یک سازمان که با برنامه ما مرتبط نیست مطرح کنید.

برای طرح یک شکایت داخلی، با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفته یا برای ما یک نامه بفرستید.

سازمان های مختلفی هستند که به شکایات خارجی رسیدگی می کنند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، بخش J3 در صفحه 204 را مطالعه کنید.



شکایت درباره دسترسی فیزیکی

- به علت موانع فیزیکی نمی توانید به تسهیلات و خدمات درمانی در مطب پزشک معالج یا درمان کنندگان دیگر دسترسی پیدا کنید.
- ارائه دهنده خدمات شما تسهیلات معقول مورد نیاز شما مانند یک مترجم زبان اشاره آمریکایی را در اختیار شما قرار نمی دهد.

شکایت درباره مدت انتظار

- برای گرفتن نوبت دچار مشکل شده اید و یا باید برای نوبت مدت زمان بسیاری صبر کنید.
- توسط پزشک معالج، مسئولین داروخانه، یا دیگر کارکنان حرفه ای پزشکی یا بخش مراقبت مشتریان یا هر یک از کارکنان دیگر به مدت طولانی در انتظار نگه داشته شده اید.

شکایت درباره پاکیزگی

- معتقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.

شکایت درباره مشکلات مربوط به زبان

- پزشک معالج یا دیگر درمان کنندگان در زمان معاینه شما از مترجم استفاده نکرده اند.

شکایت درباره مکاتبات با ما

- معتقدید که ما فراموش کرده ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می فرستادیم را ارسال کنیم.
- معتقدید که اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده ایم پیچیده و مشکل هستند.

شکایت درباره عدم انجام به موقع امور مربوط به تعیین میزان پوشش و تجدیدنظر

- معتقدید که برای تصمیم گیری درباره میزان پوشش یا در پاسخدهی به درخواست تجدیدنظر، مهلت های مقرر را رعایت نمی کنیم.
- معتقدید که پس از دریافت پاسخ مطلوب درباره میزان پوشش یا تجدید نظر، ما مهلت های تایید و تحویل خدمات را رعایت نمی کنیم و یا به موقع هزینه های شما را بازپرداخت نمی کنیم.
- شما معتقد هستید که ما پرونده شما را به موقع به نهاد بازنگری مستقل نفرستاده ایم.

اصطلاح حقوقی برای یک "شکایت" عبارت از "شکوائیه" می باشد.

اصطلاح حقوقی برای "طرح شکایت" عبارت از "ایراد شکوائیه" می باشد.

آیا انواع مختلفی از شکایات وجود دارد؟

بله. شما می توانید یک شکایت داخلی و یا یک شکایت خارجی را مطرح کنید. یک شکایت داخلی نزد طرح ما مطرح شده و توسط طرح ما نیز بررسی می شود. یک شکایت خارجی نزد یک سازمان که به برنامه ما وابسته نیست طرح شده و مورد بررسی قرار می گیرد. اگر برای طرح یک شکایت داخلی و یا خارجی به کمک نیاز داشتید، می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.



J2. شکایات های داخلی

برای طرح شکایت داخلی با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825، تماس بگیرید. شما می توانید در هر زمان شکایت خود را مطرح کنید، مگر اینکه شکایت شما در مورد داروهای بخش D باشد. شکایات مربوط به داروهای بخش D باید طی 60 روز تقویمی پس از بروز مشکلی که می خواهید از آن شکایت کنید، مطرح شوند.

- اگر لازم است اقدام دیگری انجام دهید بخش مراقبت مشتریان به شما خواهد گفت.
- شما همچنین می توانید شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید. اگر شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید، ما نیز بصورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد.
- ما طی پنج (5) روز از زمان دریافت شکوائیه کتبی شما نامه ای به شما ارسال خواهیم کرد که دریافت آن را تایید کنیم. ما مشکلات شما را بررسی خواهیم کرد. ما ممکن است به عنوان بخشی از رویه بررسی خود سوابق پزشکی شما را درخواست کنیم. تا سی (30) روز از زمان دریافت شکایت تان پاسخ خود را برای شما ارسال خواهیم کرد. ما باید به شکایت شما در اسرع وقت با توجه به وضعیت سلامتی شما رسیدگی کنیم، اما حداکثر تا قبل از سی (30) روز پس از دریافت شکایت شما. ما ممکن است در صورت درخواست، یا در صورتی که نیاز به اطلاعات بیشتر باشد و تاخیر به نفع شما باشد این مهلت را تا چهارده (14) روز تمدید کنیم.
- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما برای "تعیین سریع میزان پوشش" یا "تجدید نظر سریع" را رد کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما یک "شکایت سریع" در نظر می گیریم. اگر شما یک شکایت سریع داشته باشید، این بدان معنی است که ما ظرف 24 ساعت به شما پاسخگو خواهیم بود.
- شکایات مربوط به بخش D از Medicare باید طی 60 روز پس از بروز مسئله مورد شکایت مطرح شوند. همه انواع دیگر شکایت ها باید با ما یا ارائه دهنده خدمات طی 60 روز از بروز مسئله یا اقدامی که باعث نارضایتی شما شده است مطرح شوند.
- ما تلاش خواهیم کرد تا در اسرع وقت به شکایات تلفنی شما رسیدگی کنیم. اگر ما نتوانیم شکایت شما تا روز اداری بعدی حل بکنیم، یک نامه تأیید طی 5 روز پس از دریافت شکایت نامه شما برایتان ارسال خواهیم کرد تا دریافت آن را تایید کنیم.
- اگر مشکلی اضطراری (که ارتباطی با رد درخواست شما ندارد) سبب بروز خطر فوری و جدی برای سلامتی شما گردد، می توانید درخواست "شکایت سریع" کنید و ما در زمان 72 ساعت به شما پاسخگو خواهیم بود.

اصطلاح حقوقی برای "شکایت سریع" عبارت از "شکوائیه تسریع شده" می باشد.

در صورت امکان، ما پاسخ شما را با سرعت خواهیم داد. اگر برای شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در زمان گفتگوی تلفنی به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامت شما طوری است که نیاز به پاسخ سریع داشته باشد، ما می توانیم به شما پاسخ سریع بدهیم.

- ما اغلب شکایت ها را طی 30 روز تقویمی پاسخ می دهیم. اگر ما در 30 روز تقویمی و به این علت که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم تصمیم نگیریم، شما را به صورت کتبی مطلع خواهیم ساخت. ما همچنان یک به روزرسانی از وضعیت و زمان تخمینی برای دریافت پاسخ توسط شما را به شما ارائه می دهیم.



- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما را برای "تعیین سریع میزان پوشش" یا "تجدید نظر سریع" رد کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر می گیریم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.
- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما برای یک تصمیم پوشش وقت زیادی صرف کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر گرفته و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.
- اگر با برخی از موارد یا همه موارد شکایت شما موافق نباشیم، با ذکر دلیل به شما اطلاع خواهیم داد. در پاسخ شما اعلام می کنیم که با شکایت شما موافقیم یا نه.

J3. شکایات های خارجی

شما می توانید شکایت خود را با Medicare در میان بگذارید

شما می توانید شکایت های خود را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در وبسایت زیر موجود است: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Medicare شکایات شما را جدی می گیرد و از این اطلاعات استفاده می کند تا کیفیت برنامه Medicare را بهبود بخشد. اگر هر گونه بازخورد یا نگرانی دیگری دارید، یا اگر احساس می کنید طرح درمانی به مشکلات شما بدرستی رسیدگی نمی کند، لطفاً با این شماره ها تماس بگیرید (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY می توانند با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

شما می توانید شکایت خود را با Medi-Cal در میان بگذارید

Cal MediConnect Ombuds Program نیز می تواند مشکلات شما را از موضعی بی طرفانه بررسی و حل کند و سعی آن بر این است که مشترکین ما همه خدماتی که ما باید ارائه دهیم را دریافت می کنند. Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های پوششی ارتباطی ندارد.

شماره تلفن تماس Cal MediConnect Ombuds Program عبارت است از 1-855-501-3077 می باشد. این خدمات رایگان هستند.

شما می توانید شکایت خود را با اداره خدمات مراقبت سلامت مدیریت شده کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care) در میان بگذارید

California Department of Managed Health Care (DMHC) مسئول تنظیم طرح های بیمه درمانی می باشد. شما می توانید برای دریافت کمک در رابطه با شکایت از خدمات Medi-Cal با DMHC تماس بگیرید. اگر در زمینه یک شکایت در ارتباط با یک مورد اضطراری یا یک مورد مرتبط با یک تهدید فوری و جدی برای سلامتی تان نیاز به کمک دارید، اگر درد شدید دارید، با تصمیم طرح ما در مورد شکایت خود مخالف هستید، یا اگر طرح ما شکایت شما را پس از 30 روز تقویمی حل و فصل نکرده است، می توانید با DMHC تماس بگیرید.

دو راه برای کمک گرفتن از مرکز کمک رسانی وجود دارد:

- تماس با شماره 1-888-466-2219. افراد ناشنوا، کم شنوا، مبتلا به مشکل گفتاری می توانند با شماره رایگان TTY، 1-877-688-9891 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- به وب سایت Department of Managed Health Care به نشانی (www.dmhc.ca.gov) مراجعه کنید.



شما می توانید شکایت خود را نزد دفتر حقوق مدنی ثبت کنید

اگر فکر می کنید که با شما به طور عادلانه رفتار نشده است، می توانید به دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید. به عنوان مثال، شما می توانید درباره دسترسی های معلولان یا کمک های زبانی، یک شکایت مطرح کنید. شماره تلفن تماس دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 می باشد. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند. شما همچنین می توانید با مراجعه به وب سایت www.hhs.gov/ocr اطلاعات بیشتری کسب کنید.

شما همچنین می توانید با دفتر اداره حقوق مدنی محلی خود با این مشخصات تماس بگیرید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
تلفن مرکز پاسخگویی مشتریان: (800) 368-1019
نمابر: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
ایمیل: ocrmail@hhs.gov

شما همچنین ممکن است طبق قانون آمریکایی های دارای معلولیت و اصلاحیه های سال 2008 قانون آمریکایی های دارای معلولیت (P.L. 110-325) دارای حقوقی باشید. می توانید برای درخواست کمک با Cal MediConnect Ombuds Program تماس بگیرید. شماره تلفن این برنامه 1-855-501-3077 می باشد.

شما می توانید نزد سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) طرح شکایت کنید

اگر شکایت شما درباره کیفیت مراقبت ها می باشد، از دو انتخاب برخوردار هستید:

- در صورت ترجیح می توانید درباره کیفیت خدمات درمانی شکایت خود را (بدون مطرح کردن شکایت با ما) با سازمان ارتقاء کیفیت مطرح کنید.
- یا می توانید شکایت خود را برای ما و همچنین برای سازمان بهبود کیفیت ارسال کنید. اگر به Quality Improvement Organization شکایت کنید، ما نهایت کوشش خود را برای کسب رضایت شما خواهیم کرد.

Quality Improvement Organization گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان رشته های پزشکی هستند که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می کنند و توسط Medicare استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده بهبود دهند. برای کسب اطلاعات درباره Quality Improvement Organization، به فصل 2 مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) را Livanta BFCC-QIO می نامند. شماره تلفن تماس Livanta BFCC-QIO عبارت از (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 می باشد.



فصل 10: انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan

مقدمه

در این فصل مطالبی درباره این که چگونه عضویت خود در طرح Cal MediConnect را پایان دهید و پس از انصراف چه گزینه هایی خواهید داشت ارائه شده است. اگر طرح ما را ترک کنید، همچنان تا هنگامی که واجد شرایط باشید عضو برنامه های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. چه موقع می توانید به عضویت خود در طرح Cal MediConnect ما خاتمه دهید.....	207
B. نحوه انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan.....	207
C. نحوه عضویت در یک طرح Cal MediConnect دیگر.....	209
D. روش دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت مجزا.....	209
D1. روش های دریافت خدمات Medicare خود.....	209
D2. روش دریافت خدمات Medi-Cal خود.....	212
E. ادامه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود از طریق برنامه ما تا پایان عضویت شما.....	213
F. سایر شرایطی که در آن عضویت در طرح Cal MediConnect خاتمه می یابد.....	213
G. قوانینی که بر اساس آنها ما اجازه نداریم به دلایل مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که طرح Cal MediConnect را ترک کنید.....	214
H. اگر ما عضویت شما در طرح را پایان دهیم شما حق شکایت دارید.....	214
I. روش دریافت اطلاعات بیشتر درباره انصراف از عضویت در طرح ما.....	214



A. چه موقع می توانید به عضویت خود در طرح Cal MediConnect ما خاتمه دهید

شما می توانید با ثبت نام در یک Medicare Advantage Plan و یا یک طرح Cal MediConnect دیگر، یا انتقال به Original Medicare در هر زمان در طول سال به عضویت خود در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan خاتمه دهید.

عضویت شما در بیمه در آخرین روز ماهی که از ما درخواست تغییر بیمه درمانی کرده اید پایان می یابد. به طور مثال، اگر ما درخواست شما را روز 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش بیمه شما توسط ما روز 31 ژانویه به پایان می رسد. پوشش بیمه جدید شما از اولین روز ماه بعدی (برای مثال 1 فوریه) شروع می شود.

وقتی از عضویت در بیمه انصراف می دهید، در یک طرح بیمه درمانی مورد انتخاب خود تحت مدیریت Medi-Cal برای خدمات Medi-Cal خود ثبت نام می شوید، مگر آن که بیمه دیگری از Cal MediConnect یا Medi-Cal را انتخاب کنید. همچنین می توانید در زمان پایان دادن به عضویت خود در بیمه ما، از میان گزینه های Medicare انتخاب داشته باشید. اگر از طرح ما خارج شوید، می توانید به اطلاعات زیر درباره خودتان دست پیدا کنید:

- گزینه های Medicare در جدول صفحه 221.
 - خدمات Medi-Cal در صفحه 221.
 - شما همچنین می توانید با تماس با شماره های زیر اطلاعات بیشتری در خصوص نحوه پایان دادن به عضویتتان بدست بیاورید:
 - با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825، تماس بگیرید.
 - با گزینه های مراقبت سلامت (Health Care Options) با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
 - برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (SHIP، State Health Insurance Assistance Program)، برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program، HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از روزهای دوشنبه الی جمعه از ساعت 8 صبح الی 5 عصر. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP محلی در ناحیه خود لطفاً از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید.
 - Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 دوشنبه الی جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-855-847-7914 تماس بگیرند.
 - با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- توجه:** اگر در یک برنامه مدیریت دارویی عضویت داشته باشید، ممکن است نتوانید طرح خود را تغییر دهید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره برنامه های مدیریت دارویی به فصل 5 مراجعه کنید.

B. نحوه انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan

اگر تصمیم دارید عضویت خود را پایان دهید، به Medi-Cal یا Medicare اطلاع دهید که قصد ترک Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را دارید:

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



- با Heath Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند؛ یا
- به صورت شبانه‌روزی و در 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افراد که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید، می‌توانید بیمه درمانی یا دارویی دیگری از Medicare انتخاب کنید. اطلاعات بیشتر درباره دستیابی به خدمات Medicare پس از ترک طرح درمانی ما در جدول صفحه 221 موجود است.



C. نحوه عضویت در یک طرح Cal MediConnect دیگر

اگر می‌خواهید مزایای Medi-Cal و Medicare خود را مجموعاً از برنامه واحدی دریافت کنید، می‌توانید به برنامه Cal MediConnect دیگری بپیوندید.

برای عضویت در یک طرح Cal MediConnect دیگر:

- با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند. اطلاع دهید که می‌خواهید Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کرده به عضویت یک طرح Cal MediConnect دیگر درآیید. اگر مطمئن نیستید که می‌خواهید به کدام برنامه بپیوندید، آن‌ها می‌توانند درباره سایر برنامه‌های موجود در محدوده شما اطلاعات در اختیارتان قرار دهند.

پوشش بیمه شما در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan روز آخر ماهی که درخواست شما را دریافت کنیم پایان می‌یابد.

D. روش دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت مجزا

اگر نمی‌خواهید پس از ترک عضویت در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، عضو طرح Cal MediConnect دیگری بشوید، کماکان خدمات Medicare و Medi-Cal خود را بصورت مجزا دریافت خواهید کرد.

D1. روش های دریافت خدمات Medicare خود

برای دسترسی به مزایای Medicare انتخاب خواهید داشت.

برای دسترسی به خدمات Medicare سه گزینه خواهید داشت. با انتخاب هر یک از این گزینه ها، بطور خودکار عضویت شما در بیمه Cal MediConnect پایان می‌یابد.



آنچه باید انجام دهید: در 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای طرح پرسش در زمینه PACE با (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه جدید شما آغاز می‌شود، به طور خودکار عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما پایان می‌یابد.	1. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: یکی از طرح‌های Medicare مانند Medicare Advantage یا چنانچه واجد شرایط هستید و در منطقه خدماتی مربوطه زندگی می‌کنید، یک Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)
---	--



2. شما می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare با طرح مجزای Medicare برای داروهای نسخه‌ای	آنچه باید انجام دهید: در 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه جدید شما آغاز می‌شود، به طور خودکار عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما پایان می‌یابد.
--	--



آنچه باید انجام دهید: به صورت شبانه‌روزی و در 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه جدید شما آغاز می‌شود، به طور خودکار عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما پایان می‌یابد.	3. شما می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare بدون برنامه مجزای Medicare برای داروهای نسخه‌ای توجه: اگر به عضویت Original Medicare درآیید و یک طرح مجزای پوشش داروهای تجویزی Medicare نداشته باشید، Medicare می‌تواند شما را به عضویت یک طرح پوشش دارویی درآورد مگر اینکه شما اعلام کنید که چنین چیزی را نمی‌خواهید. فقط در صورتی باید پوشش دارویی را نپذیرید که توسط منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه تحت پوشش باشید. چنانچه درباره نیاز خود به پوشش دارویی سوال دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید.
---	--

D2. روش دریافت خدمات Medi-Cal خود

در صورتی که طرح Cal MediConnect را ترک کنید، وارد یک طرح درمانی تحت مدیریت Medi-Cal به انتخاب خود
خواهید شد.

خدمات Medi-Cal شما شامل خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت و خدمات بهداشت رفتاری می‌شوند.

هنگامی که درخواست پایان عضویت خود را در بیمه Cal MediConnect می‌دهید، لازم است که به دفتر گزینه‌های درمانی
اعلام کنید که مایلید به کدام یک از طرح‌های درمانی تحت مدیریت Medi-Cal بپیوندید.

- با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس
بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند. اطلاع دهید که می‌خواهید Blue
Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کرده به عضویت یک طرح مراقبت‌های مدیریت شده
Medi-Cal درآیید. اگر مطمئن نیستید که می‌خواهید به کدام برنامه بپیوندید، آن‌ها می‌توانند درباره سایر برنامه‌های
موجود در محدوده شما اطلاعات در اختیارتان قرار دهند.

وقتی به عضویت خود در بیمه Cal MediConnect plan ما پایان می‌دهید، یک کارت عضویت جدید، یک کتابچه راهنمای
اعضاء جدید، و یک فهرست راهنمای ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌های جدید برای پوشش Medi-Cal خود دریافت خواهید
کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره
1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



E. ادامه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود از طریق برنامه ما تا پایان عضویت شما

اگر بیمه درمانی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنید، ممکن است مدتی طول بکشد تا به عضویت شما پایان داده شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر به صفحه 218 مراجعه کنید برای گرفتن نسخه های خود باید از داروخانه های درون شبکه ما استفاده کنید.

- برای گرفتن نسخه های خود باید از داروخانه های درون شبکه ما استفاده کنید. معمولاً داروهای تجویزی شما فقط در صورتی پوشش داده می شوند که در داروخانه های درون شبکه ما درخواست شده باشند، که این شامل خدمات داروخانه های دارای سفارش پستی نیز می گردد.
- اگر در روزی که عضویت شما پایان می یابد بستری شوید، معمولاً مدت بستری شما تحت پوشش طرح Cal MediConnect ما خواهد بود تا اینکه ترخیص شوید. حتی اگر پوشش درمانی جدید شما در زمان این بستری آغاز شود، این امر مصداق دارد.

F. سایر شرایطی که در آن عضویت در طرح Cal MediConnect خاتمه می یابد

در موارد زیر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan باید به عضویت شما پایان دهد:

- اگر وقفه ای در پوشش بخش A و بخش B از Medicare شما به وجود آید.
- اگر دیگر واجد شرایط دریافت خدمات Medi-Cal نباشید. بیمه ما برای اشخاصی است که همزمان واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشند. اداره خدمات مراقبت سلامت The Department of HealthCare Services، (DHCS) یا مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ممکن است در صورتی که تشخیص داده شود دیگر واجد شرایط این طرح بیمه نیستید به عضویت شما پایان دهند.
- اگر از محدوده تحت پوشش خدمات ما نقل مکان کنید.
- اگر از محدوده تحت پوشش خدمات ما بیش از 6 ماه دور باشید.
 - اگر نقل مکان یا مسافرت طولانی می کنید، لازم است که با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید و بپرسید که آیا محل موردنظر شما تحت پوشش خدمات ما می باشد.
- اگر برای یک جرم جنایی به زندان یا بازداشتگاه بروید.
- اگر درباره دیگر بیمه کنندگان داروهای تجویزی خود دروغ بگویید یا اطلاعات لازم را اعلام نکنید.
- اگر یک شهروند ایالات متحده نبوده یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.

شما باید یک شهروند ایالات متحده بوده یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید تا بتوانید یک عضو طرح ما باشید. اگر شما واجد شرایط عضویت بر این اساس نباشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid این امر را به ما اطلاع خواهند داد. اگر شما واجد شرایط این الزامات نباشید، ما باید عضویت شما را لغو کنیم.

اگر شما دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نبوده یا شرایط شما بگونه ای تغییر کرده که دیگر برای Cal MediConnect واجد شرایط نیستید، ممکن است همچنان بتوانید به دریافت مزایای خود از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan برای



یک دوره اضافی دو ماهه ادامه دهید. اگر اعتقاد دارید که هنوز واجد شرایط هستید، این زمان اضافی به شما این امکان را می دهد که اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن خود را اصلاح کنید. شما درباره تغییرات در واجد شرایط بودن خود نامه ای از ما دریافت خواهید کرد که در آن دستورالعمل های مربوط به اصلاح اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن نیز ذکر خواهد شد.

- برای باقی ماندن به عنوان عضوی از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما باید در آخرین روز دوره دو ماهه مجدداً واجد شرایط شده باشید.

- اگر شما تا پایان دوره دو ماهه واجد شرایط نباشید، ثبت نام شما در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لغو می شود.

در موارد زیر فقط با کسب اجازه از Medicare و Medi-Cal ما می توانیم شما را مجبور به ترک طرح خود کنیم:

- با قصد قبلی در زمان عضو شدن در بیمه اطلاعات غلط ارائه کرده اید و این اطلاعات واجد شرایط بودن شما را تحت تأثیر قرار می دهد.
- اگر بطور مستمر رفتار اخلاص گرانه داشته باشید و ارائه خدمات درمانی به شما و دیگر افراد تحت پوشش طرح شما دچار اشکال شود.
- اگر به شخص دیگری اجازه دهید از کارت عضویت شما برای استفاده از خدمات درمانی استفاده کند.
- اگر به این دلیل عضویت شما قطع گردد، Medicare می تواند پرونده شما را برای بررسی به بازرسی کل بفرستد.

G. قوانینی که بر اساس آنها ما اجازه نداریم به دلایل مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که طرح Cal MediConnect را ترک کنید

اگر احساس می کنید که به دلایل مربوط به سلامت شما، از طرح درمانی رانده می شوید، باید با Medicare با تلفن 1-800-MEDICARE (یا همان 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می توانید با این شماره ها به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

شما باید با Cal MediConnect Ombuds Program با شماره 1-855-501-3077 دوشنبه الی جمعه از 9 صبح تا 5 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-855-847-7914 تماس بگیرند.

H. اگر ما عضویت شما در طرح را پایان دهیم شما حق شکایت دارید

اگر به عضویت شما در طرح Cal MediConnect پایان دهیم، باید کتباً به شما دلایل آنرا اعلام کنیم. ما همچنین باید برای شما توضیح دهیم که چگونه می توانید بر علیه این تصمیم ما شکایت کنید. برای اطلاعات درباره نحوه طرح شکایت شما همچنین می توانید به بخش 9 مراجعه کنید.

I. روش دریافت اطلاعات بیشتر درباره انصراف از عضویت در طرح ما

اگر درباره اینکه در چه مواردی می توانیم عضویت شما را پایان دهیم، پرسش یا نیاز به اطلاعات بیشتر دارید، می توانید:

- با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (TTY: 711) 1-855-905-3825، تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



- با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.
- با Cal MediConnect Ombuds Program با شماره 1-855-501-3077 دوشنبه الی جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-855-847-7914 تماس بگیرند.
- به صورت شبانه‌روزی و در 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



فصل 11: اعلامیه های قانونی

مقدمه

در این فصل آن دسته اعلامیه های قانونی که به عضویت شما در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مربوط می باشد فهرست شده اند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. اعلامیه ای درباره قوانین.....	217
B. اعلامیه عدم اعمال تبعیض.....	217
C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانویه و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده.....	217
D. اعلامیه درباره مسئولیت شخص ثالث.....	218
E. اعلامیه عدم اعمال تبعیض.....	219



A. اعلامیه ای درباره قوانین

بسیاری از قوانین شامل حال این کتابچه راهنمای اعضاء می شوند. این قوانین می توانند حقوق و مسئولیت های شما را تحت تأثیر قرار دهند، حتی اگر در این کتابچه گنجانده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که در مورد این کتابچه مصداق پیدا می کنند قوانین فدرال درباره برنامه های Medicare و Medi-Cal هستند. ممکن است قوانین فدرال و دولتی دیگری نیز مصداق داشته باشند.

B. اعلامیه عدم اعمال تبعیض

همه شرکت ها یا آژانس هایی که با Medicare یا Medi-Cal کار می کنند باید قوانین مربوط را رعایت نمایند تا از شما در مقابل تبعیض یا رفتار ناعادلانه محافظت کنند. ما علیه شما به دلیل سن، تجربه شکایات، رنگ پوست، قومیت، شواهد بیمه، جنسیت، اطلاعات ژنتیکی، موقعیت جغرافیایی تان در منطقه خدماتی، وضعیت سلامتی، سوابق پزشکی، ناتوانی روانی یا جسمی، منشاء ملی، نژاد، مذهب یا جنسیت تبعیض قائل نمی شویم یا با شما رفتار متفاوتی نخواهیم داشت. بعلاوه، ما به دلیل اصل و نسب، وضعیت تأهل یا گرایش جنسی با شما تبعیض آمیز رفتار نمی کنیم.

چنانچه نیاز به اطلاعات بیشتری دارید یا در خصوص تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی هایی دارید:

- با اداره حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی با شماره تلفن 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند. شما همچنین می توانید با مراجعه به وب سایت www.hhs.gov/ocr اطلاعات بیشتری کسب کنید.

برای دریافت اطلاعات در خصوص حقوق مدنی با اداره محلی خود تماس بگیرید.

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

تلفن مرکز پاسخگویی مشتریان: (800) 368-1019

نمبر: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

ایمیل: ocrmail@hhs.gov

اگر معلولیت دارید و برای دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی یا دسترسی به ارائه دهنده نیاز به کمک دارید، با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید، اگر شکایت دارید مثلاً در دسترسی به ویلچر مشکل دارید، بخش مراقبت مشتریان می تواند به شما کمک کند.

C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانویه و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده

گاهی اوقات طرف دیگری باید ابتدا برای خدماتی که ما ارائه می دهیم پرداخت کند. به طور مثال، اگر در حادثه رانندگی مجروح شده اید یا در محیط کار صدمه ببینید، ابتدا بیمه یا شرکت جبران خسارت کارکنان مسئول پرداخت هزینه هستند.

ما این حق و مسئولیت را داریم که در شرایطی که Medicare پرداخت کننده اولیه نباشد هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را مطالبه کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت مراجعه کنید



برنامه Cal MediConnect از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوط به الزامات قانونی طرفین سوم برای خدمات درمانی به افراد ذینفع، تبعیت می کند. ما تمامی اقدامات منطقی را انجام می دهیم تا مطمئن شویم برنامه Medi-Cal آخرین گزینه برای پرداخت است.

D. اعلامیه درباره مسئولیت شخص ثالث

اگر صدمه ببینید یا بیمار شوید و شخص ثالثی به دلیل به احتیاطی یا حرکت عمدی یا غفلت باعث آن بیماری یا صدمه شده باشد، ما یک اظهارنامه از هزینه های منطقی برای خدماتی که مربوط به صدمه یا بیماری می شوند برای شما ارسال خواهیم کرد. این هزینه ها به شرح زیر محاسبه خواهند شد. با این وجود، از شما خواسته نخواهد شود که تا زمان روشن شدن مسئولیت مالی حادثه در نتیجه توافق، قضاوت دادگاه یا غیره مبلغی به ما پرداخت کنید.

در صورت دریافت مبلغی بابت جبران خسارت از طرف سوم، باید فوراً به ما اطلاع دهید. مبلغی که طبق اظهارنامه به شما ارسال کرده ایم باید به ما از مبلغ دریافت شده از طرف سوم بازگردانده شود، با توجه به محدودیت هایی که در پاراگراف بعدی شرح داده شده است.

(a) حق ممتاز ما بدین طریق محاسبه خواهد شد:

- i. برای خدمات درمانی که بر اساس پرداخت سرانه ارائه نمی شوند، در اصل مبلغ توسط بیمه، گروه پزشکی یا انجمن پزشکی مستقل به ارائه کننده خدمات درمانی پرداخت می شود؛ یا
- ii. اگر خدمات بر اساس پرداخت سرانه ارائه شده اند، هشتاد درصد (80%) از هزینه رایج و معمول برای همان خدمات هنگامی که در موارد غیر پرداخت سرانه در همان ناحیه جغرافیایی که خدمات ارائه شده اند صورت گیرند.
- iii. اگر خدمات هم بر اساس پرداخت سرانه و هم بر اساس غیر سرانه به شما ارائه شده باشند، و ارائه کننده خدمات طرف قرارداد ما برای خدمات سرانه، هزینه خدمات پرداخت غیرسرانه شما را بپردازد، در چنین شرایطی چنین حق ممتازی نباید بیش از کل هزینه موارد زیر باشد:
 - (i) کل هزینه معقول پرداخت شده برای تکمیل حق ممتاز، و
 - (ii) مبلغی که در بخش "a" و "b" در فوق تعیین شده اند.

(b) کل حق ممتاز ما شامل محدودیت های زیر می شود:

- i. اگر وکیل گرفته باشید، ممکن است حق ممتاز بیش از حداقل مبالغ زیر نباشد:
 - (i) مبلغ حداکثر تعیین شده تحت "#1" در بالا؛ یا
 - (ii) یک سوم (3/1) مبالغی که شما طبق قضاوت نهایی، جبران خسارت یا توافق مستحق دریافت آن هستید.
- ii. اگر وکیل نگرفته باشید، ممکن است حق ممتاز بیش از حداقل مبالغ زیر نباشد:
 - (i) مبلغ حداکثر تعیین شده تحت "#1" در بالا؛ یا
 - (ii) نصف (2/1) مبالغی که شما طبق قضاوت نهایی، جبران خسارت یا توافق مستحق دریافت آن هستید.

(c) محدودیت های دیگر به شرح زیر شامل وصول خسارت بیمه ما می شود:

- i. اگر قاضی، هیئت منصفه یا داور متوجه شوند که شما هم تا حدودی مقصر بوده اید، حق ممتاز ما به همان میزان درصدی که حق خسارت شما کاهش خواهد یافت کم می شود.
- ii. کاهش تناسبی برای دستمزد معقول وکیل شما (در صورتی که وکیل گرفته باشید).



محدودیت های فوق برای وصول خسارت بیمه شامل حق ممتاز جبران خسارت کارگران نمی شود.

با توجه به محدودیت های ذکر شده در بالا، شما به Blue Shield of California Promise Health Plan مسئولیت، ادعا و هر ودیعه ای که طبق قضاوت، حکم یا توافق به عنوان جبران خسارت دریافت کرده باشید را واگذار می کنید. ممکن است از شما بخواهیم مدارک و اطلاعات لازم برای این واگذاری، ادعا یا حق ممتاز برای وصول خسارت ارائه دهید.

همچنین طبق قرارداد، ما به ارائه کنندگان خدمات حق ادعای حق ممتاز طرف سوم علیه اعضاء خود را برای خدمات درمانی که ارائه داده یا ترتیب داده اند واگذار کرده ایم.

گروه های پزشکی، پزشکان و انجمن های پزشکی طرف قرارداد، که حق ادعای حق ممتاز علیه اعضاء را دارند باید طبق فرآیند فوق عمل کنند.

E. اعلامیه عدم اعمال تبعیض

تبعیض خلاف قانون است

Blue Shield of California Promise Health Plan قوانین جاری ایالتی و حقوق مدنی فدرال را رعایت می کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، مشخصات نژادی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن، معلولیت جسمی یا ذهنی تبعیض قائل نمی شود.

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

- به افراد کم توان که قادر به برقراری ارتباط مؤثر با ما نیستند مساعدت ها و خدمات رایگان ارائه می دهد؛ خدماتی نظیر:
 - مترجمان زبان اشاره واجد شرایط
 - اطلاعات مکتوب در قالب های دیگر (چاپ درشت، قالب صوتی، قالب الکترونیک قابل دسترس، سایر قالب ها)
- خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلیشان انگلیسی نیست، مثل:
 - مترجمان واجد شرایط
 - اطلاعات مکتوب به زبان های دیگر

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

اگر فکر می کنید Blue Shield of California Promise Health Plan در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، مشخصات نژادی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت جسمی و ذهنی افراد تبعیضی علیه آنها قائل شده است، می توانید شکایت خود را به مرجع زیر ارائه دهید:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
تلفن: (844) 883-2233 (TTY: 711)
نمابر: (323) 889-2228

پست الکترونیکی: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

شکایتتان را می توانید از طریق تلفن، نامه، حضوری، با نمابر یا از طریق ایمیل ارسال کنید. اگر برای طرح شکایت به کمک نیاز دارید، هماهنگ کننده حقوق مدنی می تواند به شما کمک کند.

همچنین می توانید یک شکایت مبنی بر نقض حقوق مدنی به دفتر حقوق مدنی وزارت درمان و خدمات انسانی آمریکا ارائه دهید؛ این کار را می توانید 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, (TTY 800-537-7697)

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



فصل 12: تعاریف واژه های مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در کتابچه راهنمای اعضای به همراه تعاریف آنها می باشد. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا لیست شده اند. اگر نمی توانید اصطلاح مورد نظر خود را پیدا کنید، یا اگر به اطلاعات بیشتری احتیاج دارید لطفاً با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

Cal MediConnect: برنامه ای که به شما مزایای Medicare و Medi-Cal را باهم در قالب یک بیمه درمانی ارائه می دهد. شما یک کارت عضویت برای همه مزایای خود خواهید داشت.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (برنامه مشاوره و پشتیبانی بیمه درمانی، یا به اختصار HICAP): این یک برنامه می باشد که اطلاعات و مشاوره هدفمند و رایگان درباره Medicare ارائه می دهد. در بخش E از فصل 2 توضیحاتی درباره نحوه تماس با HICAP ذکر شده است.

Medi-Cal: عبارت است از نام برنامه Medicaid در ایالت کالیفرنیا. Medi-Cal تحت نظارت دولت عمل می کند و بودجه اش از دولت و دولت فدرال تامین می شود.

- به اشخاصی که کم درآمد هستند کمک می کند هزینه های درمان و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت مورد نیاز خود را تامین کنند.
- این برنامه خدمات اضافی و برخی داروهایی که Medicare پوشش نمی دهد را تامین می کند.
- برنامه های Medicaid از یک ایالت تا ایالت دیگر متفاوت می باشد، اما اگر شما برای Medicare و Medicaid واجد شرایط باشید، بیشتر هزینه های مربوط به مراقبت های سلامتی پوشش داده می شود.
- برای اطلاعات مربوط به تماس با Medi-Cal به بخش H از فصل 2 مراجعه کنید.

Medicare: طرح بیمه درمانی فدرال برای افرادی است که بیش از 65 سال سن دارند، برخی افراد زیر 65 سال که به بعضی معلولیت ها مبتلا هستند، و افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیه (معمولاً افرادی که کلیه شان از کار می افتد و نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه دارند). اعضای Medicare می توانند پوشش درمانی Medicare خود را از طریق Original Medicare یا یک بیمه درمانی مدیریت شده دریافت کنند (به بخش "طرح سلامت" مراجعه کنید).

Original Medicare یا (Medicare اصلی یا Medicare با هزینه در ازای خدمات): Original Medicare توسط دولت ارائه می شود. به موجب Original Medicare، خدمات Medicare توسط مبالغ پرداختی که از سوی کنگره برای پزشکان، بیمارستانها و دیگر ارائه کنندگان خدمات سلامتی درمانی پرداخت می شود، تحت پوشش قرار می گیرد.

- شما می توانید به هر پزشک، بیمارستان، یا درمان کننده ای که Medicare را می پذیرد مراجعه کنید. Original Medicare دارای این دو بخش می باشد: بخش A (بیمه بیمارستانی) و بخش B (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در همه جای ایالات متحده قابل دسترسی است.
- اگر نمی خواهید عضو طرح ما شوید، می توانید Original Medicare را انتخاب کنید.



اداره خدمات مراقبت سلامت (Department of Health Care Services، DHCS): این یک اداره ایالتی در کالیفرنیا می باشد که برنامه Medicaid (که در کالیفرنیا Medi-Cal نامیده می شود) را مدیریت می کند، که معمولاً در این کتابچه راهنما از آن با عنوان "ایالت" نام برده می شود.

اداره رسیدگی به شکایات (Ombudsman): یک دفتر در ایالت شما که مثل یک وکیل از طرف شما فعالیت می کند. آنها می توانند به پرسش های شما در زمینه مشکلات یا شکایات های شما پاسخ گفته و می تواند به شما در درک اینکه چه اقدامی باید انجام دهید کمک کنند. خدمات اداره رسیدگی به شکایات، رایگان هستند. شما می توانید اطلاعات بیشتری درباره Cal MediConnect Ombuds Program را در فصل های 2 و 9 این کتابچه مطالعه کنید.

اداره مراقبت سلامت مدیریت شده (Department of Managed Health Care، DMHC): عبارت است از اداره ایالتی در کالیفرنیا که مسئول نظارت بر بیمه های درمانی می باشد. DMHC اعضاء بیمه Cal MediConnect را برای درخواست تجدید نظر در مورد خدمات Medi-Cal یاری می دهد. DMHC همچنین مجری بازنگری مستقل پزشکی (IMR) می باشد.

ارائه دهنده خدمات عضو شبکه: "ارائه دهنده خدمات" یک اصطلاح عمومی است برای پزشکان، پرستارها، و دیگر افرادی که به شما خدمات و مراقبت های درمانی ارائه می دهند. این اصطلاح همچنین در بر گیرنده بیمارستان، آژانس های مراقبت خانگی، درمانگاه، و دیگر مکان هایی که به شما خدمات درمانی، تجهیزات پزشکی و یا خدمات و پشتیبانی های بلند مدت ارائه می دهند نیز می باشد.

- آنها تایید شده یا دارای پروانه از Medicare و ایالت هستند و پروانه کار برای ارائه خدمات درمانی دارند.
 - ما مراکزی که موافقت کنند که با بیمه درمانی همکاری کنند و نحوه پرداخت ما را قبول کنند و از اعضاء ما هزینه اضافه نگیرند را "ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه" می نامیم.
 - تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوشش، به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید. ارائه دهندگان شبکه با نام "ارائه دهندگان طرح" نیز خطاب می شوند.
- ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP):** ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما پزشک یا ارائه کننده خدمات دیگری است که برای اکثر مشکلات مربوط به سلامت خود ابتدا به وی مراجعه می کنید. ارائه دهنده خدمات اولیه می کوشد که شما خدمات مورد نیاز برای حفظ سلامتی را دریافت کنید.

- ارائه دهنده خدمات اولیه همچنین می تواند با دیگر ارائه کنندگان خدمات درمانی و پزشکان درباره درمان شما مشورت کند یا شما را به آنها ارجاع دهد.
- در بسیاری از طرحهای درمانی Medicare، شما باید اول ارائه دهنده خدمات اولیه خود را پیش از هر ارائه دهنده خدمات درمانی دیگر ببینید.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره ارائه دهندگان اولیه خدمات به فصل 3 مراجعه کنید.

ارائه کننده خدمات خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: یک ارائه دهنده خدمات یا مرکزی که تحت استخدام، تملک، یا مدیریت بیمه درمانی ما نیست و با بیمه ما برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضایمان قرارداد ندارد. بخش D از فصل 3 در مورد ارائه دهندگان خدمات یا تسهیلات خارج از شبکه را توضیح می دهد.

ارجاع: یک ارجاع به این معنی است که پزشک مراقبت های اولیه (PCP) شما باید قبل از اینکه شما به فردی مراجعه کنید که PCP شما نیست به شما تأییدیه بدهد. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ممکن است خدمات مربوطه را پوشش ندهد. برای مراجعه به متخصصان خاصی مانند متخصص زنان نیازی به ارجاع ندارید. شما می توانید



اطلاعات بیشتری درباره ارجاع ها را در فصل 3 و اطلاعات بیشتر درباره خدماتی که به ارجاع نیاز دارند را در فصل 4 این کتابچه مطالعه کنید.

ارزیابی خطر سلامت: عبارت است از مروری بر سوابق پزشکی بیمار و شرایط فعلی او. به منظور ارزیابی وضعیت سلامت بیمار و پیش بینی اینکه در آینده چقدر بهبود پیدا خواهد کرد، انجام می شود.

آسایشگاه یا مرکز آسایشگاهی: مکانی که از افرادی که نمی توانند در خانه خود مورد مراقبت قرار بگیرند اما نیازی به بستری در بیمارستان ندارند مراقبت می کند.

آسایشگاه: طرحی برای مراقبت و حمایت در کمک به افرادی که پیش بینی شده به بیماری های لاعلاج مبتلا هستند تا زندگی راحتی داشته باشند. منظور از پیش بینی ابتلا به بیماری لاعلاج این است که انتظار می رود فردی که بیماری لاعلاج دارد شش ماه یا کمتر زنده بماند.

- عضوی که بیماری لاعلاج دارد از این حق برخوردار است که آسایشگاه بیماری های لاعلاج را انتخاب کند.
- یک تیم مخصوص تعلیم دیده متشکل از متخصصین و ارائه کنندگان خدمات پزشکی برای یک شخص، من جمله برای نیازمندی های جسمی، احساسی، اجتماعی و مذهبی او.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan باید فهرستی از ارائه کنندگان خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج در ناحیه جغرافیایی تان را به شما ارائه دهد.

استثنا: عبارت است از اجازه برای پوشش دادن دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا برای مصرف دارویی بدون برخی مقررات و محدودیت ها می باشد.

اطلاعات شخصی سلامت (همچنین به نام "اطلاعات سلامتی حفاظت شده (Protected health information) (PHI) نیز شناخته می شود): عبارت است از اطلاعات مربوط به شما و سلامتی شما، مانند نام، آدرس، شماره امنیت اجتماعی، ویزیت های پزشک و سابقه پزشکی. برای کسب اطلاع در این زمینه که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan چگونه از PHI شما محافظت و استفاده کرده و یا آن را افشاء می کند، و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI خود به اعلامیه رویه های حفظ حریم خصوصی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مراجعه کنید.

آموزش صلاحیت فرهنگی: عبارت است از دوره هایی آموزشی که برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی ما آموزش های بیشتری را ارائه داده و به آنها کمک می کند تا پیشینه، ارزش ها و باور های شما را درک کنند تا خدمات خود را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما تطبیق دهند.

بازنگری مستقل پزشکی (IMR): اگر ما با درخواست شما برای خدمات پزشکی یا درمانی مخالفت کنیم، شما می توانید علیه ما درخواست تجدید نظر کنید. اگر با نظر ما مخالف باشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، مانند تجهیزات و داروهای DME می توانید از اداره مراقبت سلامت مدیریت شده کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care) درخواست IMR کنید. IMR به بازنگری پرونده شما توسط پزشکانی که عضو بیمه درمانی ما نیستند اطلاق می شود. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا وسایل مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما برای انجام IMR هیچ هزینه ای نمی پردازید.

بخش A از Medicare: عبارت است از برنامه ای از Medicare که اکثر ضرورت های پزشکی بیمارستان، تسهیلات پرستاری حرفه ای، مراقبت در خانه و آسایشگاه بیماری های لاعلاج را پوشش می دهد.

بخش A: به "بخش A از Medicare" مراجعه کنید.



بخش B از Medicare: عبارت است از برنامه ای از Medicare که خدماتی (مانند آزمایش ها، جراحی ها، و جلسه ملاقات با پزشک) و وسایلی (مانند صندلی چرخدار و واکر) که برای درمان یک بیماری یا وضعیت از لحاظ پزشکی ضروری می باشد را پوشش می دهد. بخش B از Medicare بسیاری از خدمات پیشگیری و غربالگری را نیز پوشش می دهد.

بخش B: به "بخش B از Medicare" مراجعه کنید.

بخش C از Medicare: عبارت است از برنامه ای از Medicare که به شرکت های بیمه درمانی خصوصی اجازه می دهد مزایای Medicare را از طریق برنامه مزیت Medicare یا Medicare Advantage Plan ارائه دهند.

بخش C: به "بخش C از Medicare" مراجعه کنید.

بخش D از Medicare: عبارت است از برنامه مزایای داروهای نسخه ای Medicare. (ما به طور مختصر این برنامه را "بخش D" می نامیم.) بخش D شامل داروهای تجویزی سرپایی، واکسیناسیون، و برخی تدارکات دیگری که تحت پوشش Medicare Part A، و یا Part B و یا Medi-Cal نیستند می شود. بیمه درمانی Cal MediConnect Plan شامل بخش D از Medicare می شود.

بخش D: به "بخش D از Medicare" مراجعه کنید.

بخش مراقبت مشتریان: اداره ای در بیمه درمانی ما که مسئول پاسخگویی به پرسش های شما درباره عضویت، مزایا، شکوائیه و درخواست تجدید نظر می باشد. برای اطلاعات مربوط به تماس با بخش مراقبت مشتریان به بخش A از فصل 2 مراجعه کنید.

برنامه خدمات جامع طرح های سالمندان یا Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Plans: عبارت است از برنامه ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را با هم برای افراد 55 سال و بالاتر که نیاز به مراقبت زیادی برای زندگی در خانه خود دارند پوشش می دهد.

برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP): یک برنامه که خدمات در منزل و مرکز بزرگسالان (HCBS) را به اعضاء واجد شرایط Medi-Cal که 65 سال یا بیشتر سن دارند و دچار معلولیت می باشند را به جای اقامت در آسایشگاه ارائه می دهد.

بستری: این اصطلاح زمانی استفاده می شود که شما رسماً در بیمارستان برای خدمات درمانی تخصصی پذیرش شده باشید. اگر بطور رسمی پذیرش نشده باشید، حتی اگر شب در بیمارستان مانده باشید، درمان شما سرپایی در نظر گرفته می شود نه بستری.

پرداخت تعلیقی هزینه: مادامی که منتظر تصمیم گیری مرحله 1 تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی هستید، می توانید همچنان از مزایای خود بهره مند شوید (برای دریافت اطلاعات بیشتر به بخش E فصل 9 مراجعه کنید). این ادامه پوشش "پرداخت تعلیقی هزینه" نامیده می شود.

پروتز و ارتز: اینها لوازم پزشکی می باشند که پزشک یا دیگر ارائه کننده خدمات مراقبت درمانی شما سفارش می دهد. اقلام تحت پوشش عبارت از، اما نه محدود به، بازوبند، کمربند و گردنبند طبی؛ دست و پای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و لوازمی می باشند که برای جایگزینی یک عضو داخلی بدن، از جمله تجهیزات استومی و تغذیه درمانی انترال و پارنترال، به آنها نیاز است.

تائیدیه قبلی: عبارت است از یک تائیدیه که شما باید قبل از دریافت یک سرویس یا داروی خاص یا مراجعه به یک ارائه کننده خدمات خارج از شبکه از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت کنید. در صورتی که تائیدیه دریافت نکنید Blue Shield Cal MediConnect Plan ممکن است یک سرویس یا داروی خاص را پوشش ندهد.



برخی خدمات پزشکی شبکه فقط در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات شبکه پیش از ارائه خدمات از بیمه تأییدیه بگیرند.

- خدمات تحت پوششی که برای دریافت آنها به تأییدیه قبلی طرح ما نیاز می باشد در جدول مزایای در فصل 4 مشخص شده اند.

برخی از داروها فقط در صورتی که از ما اجازه اولیه کسب کرده باشید پوشش داده می شوند.

- داروهای تحت پوششی که برای دریافت آنها به تأییدیه قبلی طرح ما نیاز می باشد در فهرست داروهای تحت پوشش علامت گذاری شده اند.

تجدید نظر: روشی برای به چالش کشیدن عملکرد ما در صورتی که فکر کنید اشتباهی مرتکب شده ایم. با درخواست تجدیدنظر می توانید از ما بخواهید تصمیم گیری درباره پوشش بیمه شما را تغییر دهیم. بخش E فصل 9 انواع تجدیدنظر و همچنین چگونگی درخواست تجدیدنظر را شرح می دهد.

تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل (CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی پس از بیماری، تصادف، یا جراحی های عمده را ارائه می دهد. این مراکز خدمات گوناگونی ارائه می دهند، مانند فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، فیزیوتراپی تنفسی، کاردرمانی، گفتار درمانی، و خدمات ارزیابی محیط خانه.

تصمیم گیری درباره میزان پوشش: عبارت است از یک تصمیم درباره مزایایی که ما پوشش می دهیم. این شامل تصمیم گیری درباره اینکه چه خدمات و داروهای را پوشش دهیم یا چه مبلغی برای خدمات درمانی شما بپردازیم می شود. فصل 9 چگونگی درخواست برای تعیین میزان پوشش را شرح می دهد.

تصمیم گیری سازمان: این بیمه هنگامی که خودش یا یکی از ارائه دهندگان خدماتش تصمیمی در رابطه با این که آیا خدمات باید پوشش داده شوند و شما چه مبلغی باید برای خدمات تحت پوشش بپردازید یک تصمیم سازمانی می گیرد. تصمیم گیری سازمان در این کتابچه "تعیین میزان پوشش" نامیده شده است. فصل 9، بخش های D، E و F از فصل 9 چگونگی درخواست برای تعیین میزان پوشش را شرح می دهد.

تعرفه سهم بیمار: مبلغ ثابتی که شما به هنگام دریافت برخی داروهای نسخه ای بابت سهم خود از هزینه پرداخت می کنید. مثلاً برای یک داروی تجویزی ممکن است مبلغ \$2 یا \$5 دلار پرداخت کنید.

تقسیم هزینه: مبالغی که شما باید به هنگام دریافت برخی داروهای نسخه ای پرداخت کنید. تقسیم هزینه شامل تعرفه های سهم بیمار می شود.

تیم مراقبتی بین رشته ای (ICT) یا تیم مراقبت: یک تیم مراقبتی که شامل پزشکان، پرستارها، مشاورین، یا دیگر متخصصین امور پزشکی می شود که به شما در دریافت خدمات درمانی مورد نیازتان کمک می کنند. تیم درمانی شما همچنین شما را یاری می کند که برای خود طرح درمانی تهیه کنید.

تیم مراقبتی: به "تیم مراقبتی بین رشته ای" مراجعه کنید.

خدمات اختیاری طرح مراقبتی (خدمات CPO): خدمات اضافه ای که طبق طرح مراقبت فردی (ICP) شما اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست جایگزین خدمات و پشتیبانی بلند مدتی که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید شوند.



خدمات تحت پوشش Medicare: خدماتی که توسط بخش A و بخش B از Medicare پوشش داده می شوند. همه طرحهای درمانی Medicare، از جمله طرح ما، باید همه خدماتی که توسط بخش A و بخش B از Medicare پوشش داده می شوند، را تحت پوشش قرار دهند.

خدمات تحت پوشش: ما از این اصطلاح کلی برای اشاره به همه خدمات درمانی، خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، لوازم، داروهای نسخه ای و بدون نسخه، تجهیزات، و دیگر خدمات تحت پوشش بیمه خود استفاده می کنیم.

خدمات توانبخشی: درمانی که برای کمک به بهبود از بیماری، تصادف یا جراحی عمده دریافت می کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی به فصل 4 مراجعه کنید.

خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS): برنامه خدمات سرپایی داخل مرکز که مراقبت های پرستاری حرفه ای، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت های شخصی، آموزش و پشتیبانی از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، ایاب و ذهاب، و دیگر خدمات شامل آن می شوند را در صورتی که واجد شرایط معیارهای مربوطه باشید ارائه می دهد.

خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS): خدمات و پشتیبانی های بلند مدت خدماتی برای کمک در بهبود یک عارضه پزشکی بلند مدت می باشند. بیشتر این خدمات به شما کمک می کنند که در خانه خود بمانید و نیازی به آسایشگاه یا بیمارستان نداشته باشید. LTSS شامل برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)، خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS)، و مراکز درمانی پرستاری یا غیر حاد (NF/SCF) می شود.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا دیگر ارائه کنندگان خدمات درخواست خدمات Medi-Cal کنند که ما آن را تأیید نکنیم، یا پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal را که از پیش دریافت می کرده اید ادامه ندهیم، شما می توانید درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر تصمیم دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات مورد درخواست شما را فراهم کنیم.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه ای که برای کار با بیمه درمانی ما در هماهنگی یا ارائه داروهای نسخه ای اعضایمان موافقت نکرده است. بیشتر داروهایی که از داروخانه های خارج از شبکه تهیه کنید، تحت پوشش بیمه ما نخواهند بود مگر اینکه شرایط خاصی وجود داشته باشد.

داروخانه عضو شبکه: داروخانه ای (دراگ استور) که قبول کرده است نسخه های اعضاء بیمه ما را ارائه دهد. آنها را "داروخانه های عضو شبکه" می نامیم چون موافقت کرده اند با بیمه ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، نسخه های شما فقط در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که از یکی از داروخانه های درون شبکه فراهم شده باشند.

داروهای بخش D از Medicare: داروهایی هستند که بخش D از Medicare پوشش می دهد. کنگره بطور اختصاصی گروه های دارویی خاصی را از پوشش تحت Medicare بخش D مستثنی کرده است. ممکن است Medi-Cal برخی از این داروها را پوشش دهد.

داروهای بخش D: به "داروهای بخش D از Medicare" مراجعه کنید.

داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC): داروهای بدون نیاز به نسخه به هر دوا یا دارویی اشاره دارد که یک فرد می تواند بدون یک نسخه از یک متخصص مراقبت های بهداشتی خریداری کند.

داروهای تحت پوشش: این اصطلاحی است که ما برای همه داروهای نسخه ای و بدون نیاز به نسخه (OTC) تحت پوشش بیمه خود استفاده می کنیم.

داروی با نام تجاری: داروی نسخه ای که توسط شرکتی که ابتدا آن را ساخته بوده است تولید و فروخته می شود. داروهای برند همان مواد موجود در انواع ژنریک داروها را دارند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت های دیگر تولید و فروخته می شوند.



داروی ژنریک: داروی نسخه ای که مورد تأیید دولت فدرال برای استفاده به جای یک داروی با نام تجاری است. داروی ژنریک دارای همان ترکیبات یک داروی دارای نام تجاری می باشد. داروی ژنریک معمولاً ارزانتر است ولی به همان اندازه داروی با نام تجاری کارایی دارد.

درآمد کمی تامین اجتماعی (SSI): عبارت است از مزایای ماهیانه ای که توسط اداره خدمات اجتماعی به افرادی پرداخت می شود که درآمد و منابع محدودی دارند، معلول یا نابینا هستند، و بیش از 65 سال سن دارند. مزایای SSI با مزایای تامین اجتماعی یکسان نیستند.

درمان مرحله ای: نوعی قانون پوشش که طبق آن لازم است شما ابتدا داروی دیگری را پیش از این که ما داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم امتحان کنید.

دستیار مراقبت در منزل: عبارت است از شخصی که خدماتی ارائه می دهد که نیازی به مهارت های یک پرستار یا درمانگر رسمی را ندارند، مانند کمک در مراقبت های شخصی (مانند حمام کردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، یا انجام ورزش های تجویز شده). دستیار مراقبت در منزل پروانه پرستاری ندارد و هیچ درمانی ارائه نمی دهد.

رده های تقسیم هزینه: عبارت از گروه داروهایی می باشد که تعرفه سهم بیمار یکسانی دارند. هریک از داروهای مندرج در فهرست داروهای تحت پوشش (که با نام فهرست دارویی نیز شناخته می شود) در یکی از چهار (4) ردیف تقسیم هزینه قرار دارد. بطور کلی، هرچه ردیف تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم بیمار برای دارو بالاتر خواهد بود.

رده های دارویی: عبارت است از گروه های داروها در فهرست دارویی ما. داروهای ژنریک، دارای نام تجاری یا داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC) نمونه هایی از رده های دارویی هستند. هر یک از داروها در فهرست داروها در یکی از چهار (4) رده قرار می گیرد.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): این سازمان متشکل است از گروهی از پزشکان و دیگر متخصصان در امور درمانی می باشد که در بهبود کیفیت مراقبت های سلامت اعضاء Medicare کمک می کنند. آنها توسط دولت فدرال حقوق می گیرند تا درمان ارائه شده به بیماران را بررسی و بهبود دهند. برای اطلاعات مربوط به تماس با QIO در ایالت خود به فصل 2 مراجعه کنید.

سلامت رفتاری: این یک عبارت کلی برای ارجاع به سلامت روانی و سوء مصرف مواد می باشد.

سهم هزینه: آن قسمت از هزینه خدمات درمانی شما است که ممکن است هر ماه پیش از این که مزایای Cal MediConnect شما مورد اثر واقع شود پرداخت کنید. مقدار سهم شما از هزینه ها به درآمد و دارایی شما بستگی دارد.

شرایط اورژانسی: منظور از وضعیت پزشکی اورژانسی زمانی است که شما، یا هر شخص دیگری با حداقل دانش از مسائل درمانی و دارویی، بر این عقیده باشد که شما دارای علائم پزشکی مشخصی هستید که نیازمند مراقبت درمانی فوری برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن، یا عدم کارکرد عضوی از بدن شما می باشد. نشانه های بالینی می تواند جراحت شدید یا درد شدید باشد.

شکایت: بیانیه ای کتبی یا شفاهی که گویای این است که شما در رابطه با خدمات یا درمان تحت پوشش خود مشکل یا نگرانی دارید. این شامل مواردی مانند کیفیت خدمات دریافتی شما، کیفیت مراقب های بهداشتی، ارائه کنندگان خدمات شبکه یا داروخانه های شبکه می شود. عنوان رسمی "شکایت کردن"، "طرح شکوائیه" است.

شکوائیه: عبارت از شکایتی می باشد که شما از ما یا ارائه دهندگان خدمات یا داروخانه های عضو شبکه ما می کنید. این شکایت شامل شکایت در خصوص کیفیت مراقبت های بهداشتی دریافتی یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح سلامت شما می باشد.



صورتحساب غیر صحیح/نامناسب: عبارت است از شرایطی که در آن یک ارائه دهنده خدمات (مانند یک پزشک یا بیمارستان) صورت حسابی بیش از سهم هزینه بیمه برای خدمات برای شما صادر می کند. در هنگام دریافت هر گونه خدمات و یا داروهای تجویزی، کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خود را نشان دهید. اگر هر گونه صورت حسابی دریافت کردید که آن را متوجه نمی شوید با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. به عنوان یکی از اعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، شما فقط باید هزینه سهم بیمار را برای خدمات تحت پوشش بیمه ما پرداخت کنید. ما به ارائه کنندگان خدمات اجازه نمی دهیم که برای خدمات تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر کنند.

ضرورت پزشکی: این اصطلاح توصیف کننده خدمات، وسایل، یا داروهایی است که شما برای پیشگیری، تشخیص یا درمان وضعیت پزشکی یا حفظ شرایط سلامت فعلی خود به آنها نیاز دارید. این موارد شامل خدماتی است که از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند. تعریف Medi-Cal از ضرورت پزشکی محدود می شود به خدمات مراقبت های درمانی که برای حفظ جان، پیشگیری از بیماری شدید یا معلولیت قابل توجه، یا تسکین درد شدید لازم باشند.

طرح سلامت: سازمانی متشکل از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه کنندگان خدمات درازمدت، و دیگر ارائه کنندگان خدمات درمانی است. همچنین هدایتگرهای مراقبتی دارد که به شما در مدیریت همه خدمات و ارائه کنندگان خدمات کمک می کنند. همه این ها با همکاری با یکدیگر به شما خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه می دهند.

طرح مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت): طرح بیمه برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و چگونگی دریافت آنها. ممکن است طرح شما شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی بلند مدت باشد.

طرح مراقبتی: به "برنامه مراقبتی فردی" مراجعه کنید.

طرح مزایای Medicare یا Medicare Advantage Plan: این یک برنامه Medicare می باشد که همچنین با عنوان "بخش C از Medicare" یا "MA Plans" نیز شناخته می شود، و از طریق شرکت های خصوصی طرح هایی را ارائه می دهد. Medicare به این شرکت ها هزینه پرداخت می کند تا مزایای Medicare شما را پوشش دهند.

طرح های Medi-Cal: عبارت است از طرح هایی که فقط مزایای Medi-Cal، مانند خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، لوازم پزشکی، و ایاب و ذهاب را پوشش می دهند. مزایای Medicare مجزا هستند.

عضو (عضو بیمه درمانی ما، یا عضو بیمه): شخصی که عضو Medicare و Medi-Cal است و واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش است، عضو بیمه ما است، و عضویت وی توسط مرکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده است.

عضو Medicare-Medi-Cal (ذینفع دوگانه): فردی است که هم برای پوشش Medicare و هم برای پوشش Medi-Cal واجد شرایط می باشد. واجدین شرایط Medicare-Medi-Cal، "فرد دارای صلاحیت دوگانه" نیز نامیده می شوند.

فعالیت های زندگی روزمره (ADL): آنچه که افراد در یک روز عادی انجام می دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن، یا مسواک زدن دندان ها.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): عبارت است از فهرستی از همه داروهای نسخه ای و بدون نیاز به نسخه (OTC) تحت پوشش طرح. بیمه درمانی این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان تهیه می کند.



فهرست دارو به شما اطلاع می دهد که برای گرفتن داروهای خود از چه قوانینی باید پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی "موجودی دارویی" نامیده می شود.

کتابچه راهنمای اعضاء و افشای اطلاعات: این سند، همراه با فرم ثبت نام شما و هر ضمیمه، الحاقیه، یا مدارک پوشش گزینه ای انتخاب شده، که توصیف کننده پوشش شما، آن چه که ما باید انجام دهیم، حقوق شما، و آن چه که شما به عنوان یکی از اعضاء این بیمه باید انجام دهید.

کمک اضافی: برنامه Medicare که به افراد با درآمد و منابع مالی محدود کمک می کند تا هزینه داروهای تجویزی بخش D از Medicare آنها مانند حق بیمه ها، کسورات و تعرفه های سهم بیمار کاهش یابد. کمک اضافی یا Extra Help همچنین "یارانه افراد کم درآمد" یا "LIS" هم نامیده می شود.

لغو عضویت: فرآیند خاتمه دادن به عضویت خود در بیمه ما. خروج از این بیمه می تواند اختیاری (به انتخاب شما) یا غیر اختیاری (بدون انتخاب شما) باشد.

لوازم پزشکی بادوام (DME): عبارت است از برخی اقلام که پزشکتان برای مصرف شما در منزل سفارش می دهد. نمونه هایی از این موارد عبارت است از صندلی های چرخ دار، عصاها، سیستم های تشکی الکتریکی، ملزومات دیابتی، تخت های بیمارستانی که توسط ارائه کننده خدمات برای استفاده در منزل تهیه می شود، پمپ های تزریق IV، دستگاه های تولید صدا، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها می باشد.

متخصص: پزشکی که خدمات درمانی برای بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن ارائه می دهد.

محدوده خدمات: ناحیه جغرافیایی که این بیمه درمانی در آن عضو می پذیرد، در صورتی که عضویت خود را محدود به ساکنین آن ناحیه بکند. در بیمه هایی که شما محدود به دیدن پزشکان یا بیمارستانهای خاصی هستید، معمولاً در همان محدوده می توانید خدمات روزمره (غیر اضطراری) دریافت کنید. فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شوند.

محدودیت های کمی: محدودیت مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید. محدودیت ممکن است مربوط به مقدار داروهای تجویز شده در یک نسخه باشد.

مدیر مراقبتی: یک شخص مشخص که با شما، بیمه درمانی، و ارائه دهندگان خدمات درمانی شما کار می کند تا مطمئن شود شما خدمات درمانی مورد نیاز خود را دریافت کنید.

مراقبت اضطراری: عبارت است از مراقبت هایی که شما برای بیماری، جراحی یا وضعیت هایی که اضطراری نیستند ولی باید بدون فوت وقت رسیدگی شوند دریافت می کنید. اگر ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه در دسترس نباشند یا نتوانید خود را به آنها برسانید، می توانید خدمات فوریتی را از سرویس دهندگان خارج از شبکه نیز دریافت کنید.

مراقبت های فوری: خدمات تحت پوششی که توسط ارائه دهنده خدمات آموزش دیده برای ارائه خدمات اضطراری و مورد نیاز برای درمان یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری می باشد.

مراقبت های مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): Skilled nursing facility: خدمات پرستاری حرفه ای و خدمات توانبخشی که به طور مدام، روزانه، در یک تسهیلات پرستاری حرفه ای ارائه می شود. مثالهایی از خدمات مرکز پرستاری حرفه ای شامل فیزیوتراپی یا تزریق های درون وریدی (IV) است که توسط پرستار پروانه دار یا پزشک معالج می تواند ارائه کند.



مراکز برای خدمات Medicare و Medicaid (CMS): آژانس فدرال مسئول Medicare می باشد. در فصل 2 نحوه تماس با CMS شرح داده شده است.

مرحله پوشش اولیه: مرحله ای است پیش از آن که هزینه کل داروهای بخش D شما به \$6,550 برسد. این شامل مبلغی می شود که شما هزینه ای که بیمه ما از جانب شما پرداخت کرده بوده و یارانه افراد کم درآمد را پرداخت کرده اید. این مرحله وقتی آغاز می شود که شما اولین نسخه سال را تحویل می گیرید. در این مرحله، طرح درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را می پردازد و شما سهم خود را پرداخت می کنید.

مرحله پوشش بحرانی: این مرحله از مزایای بخش D زمانی آغاز می شود که بیمه کل هزینه داروهای شما تا پایان سال را پرداخت کرده باشد. این مرحله زمانی برای شما آغاز می شود که به حد \$6,550 برای داروهای نسخه ای خود رسیده باشید.

مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): این یک مرکز پرستاری می باشد که دارای کارکنان و تجهیزات لازم برای ارائه خدمات پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد خدمات توانبخشی تخصصی و دیگر خدمات درمانی مربوطه می باشد.

مرکز جراحی های اورژانسی: تسهیلاتی که به بیمارانی که نیاز به مراقبت های بیمارستانی ندارند و انتظار نمی رود که بیش از 24 ساعت به مراقبت نیاز داشته باشند جراحی های سرپایی ارائه می دهد.

نرخ تقسیم هزینه روزانه: عبارت است از مبلغی که ممکن است وقتی پزشک شما داروی خاصی را به مقدار کمتری از مصرف یک ماه کامل برای شما تجویز می کند و شما باید برای آن تعرفه سهم بیمار پرداخت کنید اعمال می شود. نرخ روزانه تقسیم هزینه برابر است با تعرفه سهم پرداخت بیمار از هزینه تقسیم بر تعداد روزهایی که در یک ماه دارو تجویز شده است.

به عنوان مثال: فرض کنیم که تعرفه سهم بیمار شما برای داروی یک ماه کامل (یک ذخیره 30 روزه) \$1.30 باشد. این بدان معنی است که مبلغی که شما برای داروی خود پرداخت می کنید کمی بیش از \$0.04 در روز می باشد. اگر شما یک ذخیره 7 روزه از این دارو را دریافت کنید، پرداخت شما کمی بیش از \$0.04 در روز ضربدر 7 روز می شود که رقمی معادل \$0.30 است.

هزینه های پرداختی از جیب: تقسیم هزینه لازم برای اعضاء مبنی بر پرداخت بخشی از هزینه خدمات یا داروهایی که دریافت می کنند که نیازمندی هزینه "پرداخت از جیب" هم خطاب می شود. تعریف "تقسیم هزینه" را در بالا مطالعه کنید.

یارانه افراد کم درآمد (LIS)، Low-income subsidy: به بخش کمک اضافی یا Extra Help رجوع کنید:



بخش مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

تلفن 1-855-905-3825 تماس با این شماره رایگان است. هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب بخش مراقبت مشتریان برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی رایگان نیز ارائه می دهد.	
TTY 711 تماس با این شماره نیاز به تجهیزات تلفنی خاص داشته و فقط برای افرادی می باشد که در زمینه شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب	
مکاتبه Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755	
وبسایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect	

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره 1-855-905-3825 (TTY:711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به وب سایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.





Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect