

2021

اطلاعیہ سالانہ تغییرات



Promise Health Plan

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

Los Angeles کانتی

Blue Shield of California Promise Health Plan یک دارنده مجوز مستقل از Blue Shield Association می باشد.
ANOC0148-FA-LA-1020

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



Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
ارائه شده توسط Blue Shield of California Promise Health Plan

اطلاعیه سالانه تغییرات برای سال 2021

مقدمه

شما در حال حاضر به عنوان عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ثبت نام شده اید. در سال آینده تغییراتی در مزایا، پوشش، مقررات و هزینه های طرح ایجاد خواهد شد. این اطلاعیه سالانه تغییرات شما را از این تغییرات مطلع می سازد و به شما می گوید که چگونه اطلاعات بیشتری درباره آنها به دست آورید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

8	D3. مرحله 1: "مرحله اولیه پوشش".....	1	A. بیانیه های رفع مسئولیت.....
9	D4. مرحله 2: "مرحله پوشش بحرانی".....		B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده.....
10	E. تغییرات اداری.....	2	B1. منابع تکمیلی.....
10	F. نحوه انتخاب طرح.....	3	B2. اطلاعاتی درباره Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....
10	F1. نحوه باقی ماندن در طرح ما.....	4	B3. کارهای مهمی که باید انجام داد:.....
10	F2. نحوه تغییر طرح ها.....	5	C. تغییرات ایجاد شده در شبکه ارائه دهندگان و داروخانه ها.....
13	G. چگونه می توان کمک گرفت.....	6	D. تغییرات ایجاد شده در مزایا و هزینه ها برای سال آینده.....
	G1. دریافت کمک از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	7	D1. تغییرات ایجاد شده در مزایا و هزینه ها برای خدمات پزشکی.....
13	G2. دریافت کمک از کارگزار ثبت نام ایالتی.....	7	D2. تغییرات در پوشش داروهای تجویزی.....



G5. کمک گرفتن از Medicare 14

G6. دریافت کمک از اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا
(California Department of Managed Health
Care) 14

G3. دریافت کمک از برنامه

Cal MediConnect Ombuds 13

G4. دریافت کمک از برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه

Health Insurance Counseling

and Advocacy Program (HICAP)، کمک بگیرید 14



A. بیانیه های رفع مسئولیت

- Blue Shield of California Promise Health Plan یک طرح بیمه سلامت است که برای ارائه همزمان مزایای Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان، با هر دو برنامه قرارداد منعقد کرده است.
 - این برگه یک فهرست کامل نیست. اطلاعات مربوط به مزایای ذکر شده در این سند خلاصه ای کوتاه بوده و توضیح کامل مزایا نمی باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر با طرح بیمه تماس گرفته یا دفترچه راهنمای اعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را مطالعه کنید.
 - 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 یا آنها را از عضویت در طرح محروم یا رفتار متفاوتی با آنها نمی کند.
- Blue Shield of California Promise Health Plan موارد زیر را ارائه می دهد:
- به افراد دارای معلولیت که قادر به برقراری ارتباط مؤثر با ما نیستند کمک ها و خدمات رایگان ارائه می دهد؛ خدماتی مثل:
 - مترجمان زبان اشاره دارای صلاحیت
 - اطلاعات مکتوب در قالب های دیگر (چاپ درشت، فرمت صوتی، فرمت های الکترونیک قابل دسترس، سایر فرمت ها)
 - خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلیشان انگلیسی نیست، مثل:
 - مترجمان دارای صلاحیت
 - 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
هماهنگ کننده حقوق مدنی (Civil Rights Coordinator)
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
تلفن: (844) 883-2233 (TTY: 711)
نمابر: (323) 889-2228
ایمیل: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com



شکایت را می‌توانید حضوری، از طریق نامه، نمابر یا از طریق ایمیل ارسال کنید. اگر برای طرح شکایت به کمک نیاز دارید، هماهنگ کننده حقوق مدنی برای کمک به شما در دسترس است.

شما همچنین می‌توانید یک شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی وزارت سلامت و بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، به روش الکترونیکی از طریق پورتال شکایات دفتر حقوق مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، یا از طریق پستی یا تلفنی با این مشخصات مطرح کنید:

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

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

B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده

مهم است که همین حالا پوشش خود را بررسی کنید تا اطمینان حاصل کنید که در سال آینده نیز نیازهای شما را برآورده می‌کند. اگر طرح نیازهای شما را برآورده نمی‌کند، شاید بتوانید طرح را ترک کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش G2 مراجعه کنید.

اگر تصمیم به ترک Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بگیرید، عضویت شما در آخرین روز از ماهی که درخواست شما را دریافت کنیم پایان می‌یابد.

اگر طرح ما را ترک کنید، همچنان تا هنگامی که واجد شرایط باشید عضو برنامه های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند.

- شما درباره نحوه دسترسی به مزایای Medicare خود حق انتخاب خواهید داشت (برای مشاهده گزینه های پیش روی خود، به صفحه 10 مراجعه کنید).
- شما مزایای Medi-Cal خود را از طریق یک برنامه درمانی مدیریت شده Medi-Cal به انتخاب خود، دریافت خواهید کرد (برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 12 مراجعه کنید).



B1. منابع اضافی

- **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 հարկ է լինում եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ) 711)
- **فارسی (Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members):** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- **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。
- **العربية (Arabic):** لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
- **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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត 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).
- اُردُو (Urdu): 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 اطلاعیه سالانه تغییرات را به فرمت های دیگر مانند چاپ با حروف درشت، خط بریل، یا فایل صوتی دریافت نمایید. می توانید هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 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 بدهید. برای درخواست، لطفاً با مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید. مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care زبان و فرمت ترجیحی شما را برای ارتباطات آینده بایگانی خواهند کرد. برای به روزرسانی ترجیحات خود، لطفاً با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

B2. اطلاعاتی درباره Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Blue Shield of California Promise Health Plan یک طرح بیمه سلامت است که برای ارائه همزمان مزایای Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان، با هر دو برنامه قرارداد منعقد کرده است.
- پوشش تحت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به عنوان «حداقل پوشش ضروری» برای واجدین شرایط است. این پوشش نیازمندی های مسئولیت های مشترک فردی بر اساس Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) Internal Revenue Service (IRS) به ادرس www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families بازدید کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت مشترک فردی از وب سایت
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan توسط Blue Shield of California Promise Health Plan ارائه می شود. در این اطلاعیه سالانه تغییرات منظور از "ما"، "به ما" یا "متعلق به ما" Blue Shield of California Promise Health Plan می باشد. منظور از «طرح» یا «طرح ما» Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می باشد.

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



B3. کارهای مهمی که باید انجام داد:

- بررسی کنید که آیا تغییری در مزایا و هزینه های ما به وجود آمده که ممکن است بر روی وضعیت شما تأثیرگذار باشد.
 - آیا تغییراتی وجود دارد که بر روی خدمات مورد استفاده شما تأثیر بگذارد؟
 - این مهم است که تغییرات در مزایا و هزینه ها را بررسی کنید تا مطمئن شوید که آنها در سال آینده هم برای شما مناسب باشند.
 - برای اطلاعات در مورد تغییرات در مزایا و تغییرات هزینه برنامه درمانی ما، به بخش D1 مراجعه کنید.
 - بررسی کنید که آیا هیچ تغییری در پوشش داروهای تجویزی ما به وجود آمده که ممکن است بر روی وضعیت شما تأثیرگذار باشد.
 - آیا داروهای شما تحت پوشش قرار می گیرند؟ آیا داروهای شما در رده سهم هزینه دیگری هستند؟ آیا می توانید به استفاده از داروخانه های فعلی خود ادامه دهید؟
 - مهم است که تغییرات به وجود آمده را بررسی کنید تا اطمینان حاصل شود که پوشش دارویی ما در سال آینده نیز نیازهای شما را برآورده می کند.
 - برای اطلاعات مربوط به تغییرات در پوشش دارویی ما به بخش D2 مراجعه کنید.
 - ممکن است هزینه داروهای شما از سال گذشته تا کنون افزایش یافته باشد.
 - « درباره گزینه های ارزان تری که ممکن است موجود باشند با پزشک خود صحبت کنید؛ این کار می تواند موجب صرفه جویی در هزینه های سالانه تان برای موارد پرداخت مستقیم از جیب شود.
برای دریافت اطلاعات تکمیلی درباره قیمت داروها، به www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage مراجعه کنید. (بر روی پیوند "داشبوردها (dashboards)" در وسط یادداشت (Note) به سمت پایین صفحه کلیک کنید. این داشبوردها، شرکت هایی را که قیمت هایشان را افزایش داده اند هایلایت می کنند و سایر اطلاعات مربوط به قیمت سال-به-سال داروها نیز ارائه شده است.)
 - « به خاطر داشته باشید که مزایای طرح شما مشخص می کند که هزینه های دارویی شما دقیقاً ممکن است تا چه اندازه تغییر کند.
- بررسی کنید که آیا ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شما در سال آینده نیز در شبکه ما قرار خواهند داشت یا خیر.
 - آیا پزشکان شما اعم از متخصصانی که به طور منظم شما را ویزیت می کنند، کماکان عضو شبکه ما هستند؟ داروخانه شما چطور؟ بیمارستان ها یا سایر ارائه دهندگان خدماتی که شما از آنها استفاده می کنید چطور؟
 - برای کسب اطلاعات درباره فهرست خدمات دهندگان و داروخانه های ما به بخش C مراجعه کنید.
 - در مورد مجموع هزینه های خود در طرح فکر کنید.
 - برای خدمات و داروهای تجویزی که به طور مرتب استفاده می کنید چقدر از جیب خود هزینه پرداخت می کنید؟
 - هزینه های کل در مقایسه با سایر گزینه های پوشش چگونه می باشد؟
 - به این فکر کنید که آیا از طرح ما رضایت دارید.



در صورت تصمیم به تغییر طرح ها:

اگر به این نتیجه برسید که طرح دیگری نیازهای شما را بهتر برآورده می کند، شاید بتوانید طرح خود را تغییر دهید (برای اطلاعات بیشتر به بخش F2 مراجعه کنید). اگر شما در یک طرح جدید ثبت نام کنید، پوشش بیمه جدید شما از اولین روز ماه بعدی شروع می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه های پیش روی خود، به بخش F، صفحه 11 مراجعه کنید.

در صورت تصمیم به ماندن در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

اگر می خواهید در سال آینده هم با ما بمانید، کار شما آسان است - لازم نیست کاری انجام دهید. اگر تغییری در وضعیت خود ندهید، شما به طور خودکار عضو طرح ما باقی می مانید.

C. تغییرات ایجاد شده در شبکه ارائه دهندگان و داروخانه ها

شبکه های ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های ما برای سال 2021 تغییر کرده است.

اکیدا به شما توصیه می کنیم که فهرست فعلی خدمات دهندگان و داروخانه های ما را مرور کنید تا ببینید آیا خدمات دهندگان یا داروخانه شما هنوز در شبکه ما هستند. نسخه به روزرسانی شده فهرست راهنمای خدمات دهندگان و داروخانه ها در وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect موجود می باشد. همچنین برای دریافت اطلاعات جدیدتر در مورد یک خدمات دهنده یا درخواست از ما برای ارسال فهرست راهنمای خدمات دهندگان و داروخانه ها برای شما از طریق پست، می توانید با مرکز مراقبت مشتریان به شماره 1-855-905-3825 تماس بگیرید.

لازم است بدانید که ما ممکن است در طول سال نیز تغییراتی در شبکه خود ایجاد کنیم. در صورتی که ارائه دهنده خدمات شما طرح را ترک کند، شما از حقوق و پشتیبانی های خاصی برخوردار خواهید شد. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.



D. تغییرات ایجاد شده در مزایا و هزینه ها برای سال آینده

D1. تغییرات ایجاد شده در مزایا و هزینه ها برای خدمات پزشکی

ما در سال آینده پوشش خود برای برخی خدمات پزشکی و آنچه که شما برای این خدمات پزشکی تحت پوشش می پردازید را تغییر می دهیم. این تغییرات در جدول زیر شرح داده شده اند.

2021 (سال آینده)	2020 (امسال)
شما برای هر ویزیت (پوشش محدود به 1 ویزیت در هر 12 ماه است) میزان \$0 پرداخت مشترک می پردازید.	معاینه جسمی سالانه

برای افراد در هنگام ترخیص از بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی، شما برای هر وعده غذایی تحت پوشش که درب منزل تحویل می گیرید \$0 تعرفه سهم بیمار می پردازید. ما موارد زیر را پوشش می دهیم:

- 22 وعده غذایی و 10 میان وعده در هر ترخیص
- پوشش محدود به دو بار در سال است
- وعده های غذایی و میان وعده ها بر حسب نیاز طی حداکثر سه مرحله ارسال می شود

تحویل غذا درب منزل تحویل غذا درب منزل تحت پوشش نمی باشد

D2. تغییرات در پوشش داروهای تجویزی

تغییرات در فهرست دارویی ما

فهرست داروهای تحت پوشش همچنین "فهرست دارویی" نامیده می شود.

نسخه به روزرسانی شده از فهرست داروهای تحت پوشش در وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect موجود می باشد. شما همچنین می توانید با بخش مراقبت مشتریان به شماره تلفن (711: TTY) 1-855-905-3825، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، هفت روز هفته، برای دریافت اطلاعات دارویی جدیدتر یا به منظور درخواست از ما برای ارسال پستی یک نسخه از فهرست داروهای تحت پوشش، تماس بگیرید.

ما تغییراتی را در فهرست دارویی خود اعمال کرده ایم، که از جمله آنها می توان به تغییرات در داروهایی که ما پوشش می دهیم و تغییرات در محدودیت های مربوط به پوشش ما برای داروهای خاص اشاره کرد.



فهرست دارویی را بررسی کنید تا مطمئن شوید که داروهای شما برای سال آینده تحت پوشش قرار می‌گیرد و ببینید که آیا محدودیت خاصی وجود دارد.

در صورتی که تغییرات در پوشش دارویی وضعیت شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد، ما شما را تشویق می‌کنیم که:

- به کمک پزشکتان (یا سایر تجویزکنندگان) داروی دیگری که تحت پوشش ما می‌باشد را انتخاب کنید.
- شما می‌توانید هفت روز هفته از 8 صبح تا 8 شب به بخش مراقبت مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تلفن زده یا برای دریافت فهرست داروهای تحت پوشش مورد استفاده برای بیماری‌های یکسان، با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.
- این فهرست می‌تواند به ارائه دهندگان خدمات شما کمک کند تا داروی تحت پوشش مناسب شما را پیدا کنند.
- به کمک پزشکتان (یا سایر تجویزکنندگان) از طرح بخواهید تا با اعمال یک استثناء داروی مربوطه را پوشش دهد.
- شما می‌توانید درخواست اعمال استثناء را قبل از سال آینده مطرح کرده و ما پاسخ شما را در طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبان تجویزکننده نسخه) اعلام خواهیم کرد.
- برای اطلاع از آنچه باید برای درخواست اعمال استثناء انجام دهید، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضای 2021 مراجعه کنید یا هفت روز هفته از 8 صبح تا 8 شب با مرکز مراقبت مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- در صورت نیاز به راهنمایی در مورد تقاضای استثنای دارویی، می‌توانید با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با هدایتگر مراقبتی‌های خود به فصل 2 و فصل 3 کتابچه راهنمای اعضای مراجعه کنید.

تغییرات در هزینه داروهای تجویزی

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، طرح درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را می‌پردازد و شما سهم خود را پرداخت می‌کنید. سهم شما، تعرفه سهم بیمار نامیده می‌شود.	در این مرحله، طرح تمام هزینه داروهای شما تا تاریخ 31 دسامبر 2021 را پرداخت می‌کند.
این مرحله وقتی آغاز می‌شود که شما اولین نسخه سال را تحویل می‌گیرید.	شما این مرحله را وقتی آغاز می‌کنید که مبلغ هزینه‌های پرداخت از جیب شما به حد خاصی رسیده باشد.

مرحله اولیه پوشش زمانی به پایان می‌رسد که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما به **\$6,550** برسد. در این زمان مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. ما همه هزینه‌های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه شما چقدر برای داروهای تجویزی پرداخت می‌کنید به فصل 6 کتابچه راهنمای اعضای مراجعه کنید.

D3. مرحله 1: "مرحله پوشش اولیه"

در مرحله پوشش اولیه، ما سهمی از هزینه داروهای تجویزی تحت پوشش را به شما پرداخت می‌کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می‌کنید. سهم شما، تعرفه سهم بیمار نامیده می‌شود. تعرفه سهم بیمار به رده تقسیم هزینه دارو و به اینکه دارو را از کجا تهیه می‌کنید بستگی دارد. شما هر بار که یک نسخه را دریافت می‌کنید، یک تعرفه سهم بیمار می‌پردازید. اگر هزینه‌های داروهای تحت پوشش از تعرفه سهم بیمار کمتر باشد، شما فقط آن هزینه کمتر را پرداخت می‌کنید.



ما برخی از داروها در فهرست دارویی را به رده ای بالاتر یا پایین تر انتقال داده ایم. اگر داروهای شما از یک رده دارویی به رده ای دیگر منتقل شوند، این امر می تواند روی تعرفه سهم بیمار شما تأثیر گذار باشد. برای اطلاع از اینکه آیا داروهای شما در یک رده دارویی دیگر قرار خواهند گرفت، آنها را در فهرست دارویی جستجو کنید.

جدول زیر هزینه های شما برای داروها را در هر یک از 4 رده دارویی ما نشان می دهد. این مقادیر فقط در خلال زمانی که شما در مرحله پوشش اولیه هستید اعمال می شوند.

2021 (سال آینده)	2020 (امسال)
<p>داروهای رده 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)</p> <p>هزینه برای ذخیره یک ماهه از داروی موجود در رده دارویی 1 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود</p>	<p>تعرفه سهم بیمار شما برای ذخیره یک ماهه (30 روزه) مبلغ \$0 برای هر نسخه می باشد.</p>
<p>داروهای رده 2 (داروهای ژنریک)</p> <p>هزینه ذخیره یک ماهه از داروی موجود در رده دارویی 2 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود</p>	<p>تعرفه سهم بیمار شما برای ذخیره یک ماهه (30 روزه) مبلغ \$0، \$1.30، یا \$3.70 برای هر نسخه می باشد.</p>
<p>داروهای رده 3 (داروهای برند)</p> <p>هزینه برای یک ذخیره یک ماهه از یک داروی موجود در رده دارویی 3 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود</p>	<p>تعرفه سهم بیمار شما برای ذخیره یک ماهه (30 روزه) مبلغ \$0، \$3.90، یا \$8.95 برای هر نسخه می باشد.</p>
<p>داروهای ردیف 4 (داروهای Non-Medicare RX / داروهای بدون نسخه (OTC))</p> <p>هزینه ذخیره یک ماهه از داروی موجود در رده دارویی 4 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود</p>	<p>تعرفه سهم بیمار شما برای ذخیره یک ماهه (30 روزه) مبلغ \$0 برای هر نسخه می باشد.</p>

مرحله اولیه پوشش زمانی به پایان می رسد که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما به \$6,550 برسد. در این زمان مرحله پوشش وضعیت بحرانی آغاز می شود. ما همه هزینه های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اینکه شما چقدر برای داروهای تجویزی پرداخت خواهید کرد به فصل 6 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

D4. مرحله 2: "مرحله پوشش بحرانی"

زمانی که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما برای داروهای نسخه ای به \$6,550 برسد، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می شود. پس از ورود به این مرحله، شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند.



E. تغییرات اداری

شرح	2020 (امسال)	2021 (سال آینده)
لوازم دیابتی - تغییر در حدمجاز دریافتی نوار تست و لانسیت	شما می توانید هر ماه 100 نوار تست و لانسیت را با یک نسخه دریافت کنید (در مورد اعضای وابسته به انسولین و غیر وابسته به انسولین اعمال می شود).	اعضای وابسته به انسولین: شما می توانید هر ماه 100 نوار تست و لانسیت را با یک نسخه دریافت کنید. اعضای غیر وابسته به انسولین: شما می توانید هر سه ماه یکبار 100 نوار تست و لانسیت را با یک نسخه دریافت کنید.
نام خدمات اعضاء	خدمات اعضاء	مراقبت مشتریان
ارسال درخواست های RX	Blue Shield of California Promise Health Plan c/o DST Pharmacy Solutions P.O. Box 419019, Dept. 351 Kansas City, MO 64141	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
رده 1: داروهای ژنریک ترجیحی: خرده فروشی - داروخانه های داخل شبکه و ذخیره داروخانه عضو شبکه با خدمات پستی	شما می توانید تأمین دارو تا 90 روز برای داروهای تحت پوشش رده 1 در داروخانه دارای سهم هزینه داخل شبکه یا از طریق داروخانه درون شبکه دارای خدمات سفارش پستی، تهیه کنید.	شما می توانید تأمین دارو تا 100 روز برای داروهای تحت پوشش رده 1 را از داروخانه دارای سهم هزینه داخل شبکه یا از طریق داروخانه درون شبکه دارای خدمات سفارش پستی، تهیه کنید.

F. نحوه انتخاب طرح

F1. نحوه باقی ماندن در طرح ما

ما امیدواریم که شما سال آینده نیز عضو طرح ما باقی بمانید.

برای باقی ماندن در طرح سلامت خود نیازی نیست که اقدام خاصی انجام دهید. اگر برای یک طرح Cal MediConnect دیگر ثبت نام نکنید و به Medicare Advantage Plan یا به Original Medicare تغییر وضعیت ندهید، به طور خودکار عضو طرح ما برای سال 2021 باقی خواهید ماند.

F2. نحوه تغییر طرح ها

شما می توانید با ثبت نام در یک Medicare Advantage Plan و یا یک طرح Cal MediConnect دیگر، با انتقال به

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



Original Medicare در هر زمان در طول سال به عضویت خود خاتمه دهید.

چگونه به خدمات Medicare دسترسی پیدا کنید

برای دسترسی به خدمات Medicare سه گزینه خواهید داشت. با انتخاب هر یک از این گزینه ها، بطور خودکار عضویت شما در طرح Cal MediConnect ما پایان می یابد:

1. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:

یکی از طرح های Medicare مانند **Medicare Advantage** یا چنانچه واجد شرایط هستید و در منطقه خدماتی مربوطه زندگی می کنید، یک برنامه مراقبتی جامع سالمندان یا **Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)**

آنچه باید انجام دهید:

در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

برای پرسش ها در زمینه برنامه مراقبتی جامع سالمندان یا PACE با 1-855-921-PACE (7223) 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 کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

وقتی پوشش بیمه جدید Original Medicare شما آغاز می شود، به طور خودکار عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما پایان می یابد.

2. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:

Original Medicare با طرح مجزای Medicare برای داروهای نسخه ای

آنچه باید انجام دهید:

در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-633-4227 (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 کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

وقتی پوشش بیمه جدید Original Medicare شما آغاز می شود، به طور خودکار عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما پایان می یابد.



3. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:

Original Medicare بدون برنامه مجزای Medicare برای داروهای نسخه ای

توجه: اگر به عضویت Original Medicare درآید و یک طرح مجزای پوشش داروهای تجویزی Medicare نداشته باشید، Medicare می تواند شما را به عضویت یک طرح پوشش دارویی در آورد مگر اینکه شما اعلام کنید که چنین چیزی را نمی خواهید.

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 صبح تا 5 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/.

آنچه باید انجام دهید:

در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-633-4227 (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 کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

وقتی پوشش بیمه جدید Original Medicare شما آغاز می شود، به طور خودکار عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما پایان می یابد.

چگونه به خدمات Medi-Cal دسترسی پیدا کنید

اگر برنامه Cal MediConnect را ترک کنید، به دریافت خدمات Medi-Cal از طریق Blue Shield of California Promise Health Plan ادامه خواهید داد مگر اینکه برنامه درمانی دیگری را برای خدمات Medi-Cal خود انتخاب کنید. خدمات Medi-Cal شما شامل خدمات و پشتیبانی های درازمدت و خدمات بهداشت رفتاری می شوند.

هنگامی که درخواست پایان عضویت خود را در بیمه Cal MediConnect می دهید، لازم است که به دفتر گزینه های درمانی اعلام کنید که مایلید به کدام یک از طرح های درمانی تحت مدیریت Medi-Cal بپیوندید. شما می توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.



G. چگونه می توان کمک گرفت

G1. دریافت کمک از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

پرسشی دارید؟ ما برای کمک به شما در خدمت هستیم. با مراقبت مشتریان به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711)، تماس بگیرید. ما از ساعت 8 صبح تا 8 شب و در هفت روز هفته آماده پاسخگویی به تماس های تلفنی شما هستیم. تماس با این شماره ها رایگان است.

کتابچه راهنمای اعضاء سال 2021 خود را مطالعه کنید

کتابچه راهنمای اعضاء 2021 توصیف قانونی و مفصل مزایای طرح بیمه شما می باشد. این کتابچه محتوی جزئیاتی درباره مزایا و هزینه های سال آینده می باشد. دفترچه درباره حقوق شما و قوانینی که شما باید برای بهره مند شدن از پوشش خدمات و داروها رعایت کنید توضیح می دهد.

کتابچه راهنمای اعضا 2021 تا تاریخ 15 اکتبر آماده خواهد شد. یک نسخه به روز رسانی شده از کتابچه راهنمای اعضا 2021 همیشه در وب سایت ما به نشانی زیر موجود است www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. شما همچنین برای درخواست از ما جهت ارسال یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضاء 2021، می توانید با بخش مراقبت مشتریان به شماره 1-855-905-3825 تماس بگیرید.

وب سایت ما

شما همچنین می توانید از وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect بازدید کنید. یادآور می شویم که وب سایت ما حاوی به روزترین اطلاعات در مورد شبکه ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های ما (Provider and Pharmacy Directory) و فهرست دارویی ما (List of Covered Drugs) می باشد.

G2. دریافت کمک از کارگزار ثبت نام ایالتی

کارگزار ثبت نام ایالتی، گزینه های مراقبت درمان (Health Care Options)، می تواند به شما در عضویت در یک طرح درمانی Cal MediConnect کمک کند. آنها می توانند در لغو عضویت از یک طرح Cal MediConnect نیز به شما کمک کنند. می توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

G3. دریافت کمک از Cal MediConnect Ombuds Program

چنانچه با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مشکلی دارید، Cal MediConnect Ombuds Program می تواند به شما کمک کند. خدمات اداره رسیدگی به شکایات، رایگان هستند. برنامه Cal MediConnect Ombuds:

- 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 توانند به شما در درک اینکه چه اقدامی باید انجام دهید کمک کنند.
- اطمینان حاصل می کند که شما اطلاعات مربوط به حقوق و حفاظت های خود و نحوه حل شدن نگرانی های خود را در اختیار دارید.
- با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های سلامتی ارتباطی ندارد. شماره تلفن تماس Cal MediConnect Ombuds Program عبارت است از 1-855-501-3077.



G4. دریافت کمک از برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)

شما همچنین می‌توانید با Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP را Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) می‌نامند. مشاوران HICAP می‌توانند به شما در درک گزینه‌های خود در طرح Cal MediConnect کمک کرده و به پرسش‌های شما درباره تغییر طرح‌ها پاسخ دهند. HICAP با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا طرح‌های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. HICAP در همه کانتی‌ها مشاورین آموزش دیده‌ای دارد و این خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP عبارت از 1-800-434-0222 می‌باشد. برای دریافت اطلاعات بیشتر و یا برای پیدا کردن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

G5. کمک گرفتن از Medicare

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز، 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.

وب سایت Medicare

شما همچنین می‌توانید از وبسایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov) بازدید کنید. چنانچه تصمیم بگیرید عضویت خود در طرح Cal MediConnect را لغو کرده و به یک طرح Medicare Advantage بپیوندید، وب سایت Medicare اطلاعاتی در مورد هزینه‌ها، پوشش‌ها و درجه بندی کیفیت برای کمک به مقایسه طرح‌های Medicare Advantage در اختیار شما قرار می‌دهد.

شما می‌توانید با استفاده از ابزار Medicare Plan Finder که در وب سایت Medicare در دسترس است، اطلاعاتی درباره طرح‌های Medicare Advantage دریافت کنید. (برای مشاهده اطلاعات در مورد طرح‌ها، به آدرس www.medicare.gov مراجعه و روی گزینه "Find plans" (یافتن طرح‌ها) کلیک کنید.)

Medicare & You 2021

شما می‌توانید کتابچه راهنمای Medicare & You 2021 را بخوانید. هر ساله در فصل پائیز، این کتابچه برای افراد دارای Medicare ارسال می‌شود. این کتابچه محتوی خلاصه‌ای از مزایا، حقوق و حمایت‌های Medicare بوده و به سوالات متداول در رابطه با Medicare پاسخ می‌گوید.

اگر نسخه‌ای از این دفترچه ندارید، می‌توانید آن را از وب سایت Medicare (www.medicare.gov) دریافت کنید یا به صورت شبانه‌روزی 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.

G6. دریافت کمک از California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care مسئول تنظیم طرح‌های خدمات مراقبت سلامت می‌باشد. اگر علیه بیمه درمانی خود شکوائیه‌ای دارید، باید پیش از تماس با این اداره ابتدا با خود طرح با شماره تلفن 1-855-905-3825 تماس بگیرید و از فرآیند طرح شکوائیه بیمه خود پیروی کنید. استفاده از روند طرح شکایت مذکور، شما را از حقوق قانونی یا جبران خسارت‌هایی که شامل حالتان می‌شود، محروم نخواهد کرد.

اگر در مورد شکایتی که از یک وضعیت اورژانسی دارید، شکایتی که به طور رضایت بخشی توسط طرح درمانی تان حل و فصل نشده یا شکایتی که برای بیش از 30 روز حل و فصل نشده است به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره 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 (1-877-688-9891) TTY برای افراد دارای مشکل شنوایی یا گفتاری دارد. وب سایت اداره به آدرس www.dmhca.ca.gov حاوی فرم های شکایت، فرم های درخواست IMR و دستورالعمل های آنلاین می باشد.





Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect