

2021

إخطار التغييرات السنوي



Promise Health Plan

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

مقاطعة سان دييغو (San Diego)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



يتم تقديم خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) من خلال Blue Shield of California Promise Health Plan

إخطار التغييرات السنوي لعام 2021

مقدمة

أنت مسجل حاليًا كعضو في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. في العام المقبل، ستُجرى بعض التغييرات على مزايا البرنامج وتغطيته وقواعده وتكاليفه. يخبرك إخطار التغييرات السنوي هذا بالتغييرات وأين يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حولها. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

10	E. الإجراءات الإدارية.....	1	A. إخلاء المسؤولية.....
10	F. كيفية اختيار خطة.....		B. مراجعة تغطية Medicare وMedi-Cal الخاصة بك للعام المقبل.....
10	F1. كيفية البقاء في خطتنا.....	2	B1. الموارد الإضافية.....
10	F2. كيفية تغيير الخطط.....	3	B2. معلومات حول Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....
13	G. كيفية الحصول على المساعدة.....	4	B3. أشياء مهمة لا بد من القيام بها:.....
	G1. الحصول على مساعدة من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	5	C. التغييرات في المزودين والصيدليات الذين ضمن الشبكة.....
13	G2. الحصول على المساعدة من وسيط التسجيل بالولاية.....	6	D. التغييرات في المزايا والتكاليف خلال العام المقبل.....
	G3. الحصول على المساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds Program.....	7	D1. التغييرات في المزايا والتكاليف الخاصة بالخدمات الطبية.....
13	G4. الحصول على المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم.....	7	D2. التغييرات في تغطية أدوية الوصفات الطبية.....
14	G5. الحصول على المساعدة من Medicare.....	8	D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية".....
14		9	D4. المرحلة الثانية: "مرحلة التغطية الفاجعة".....



G6. الحصول على المساعدة من قسم إدارة الرعاية الصحية بولاية
كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care)
14



A. إخلاء المسؤولية

- Blue Shield of California Promise Health Plan هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal بهدف تقديم مزايا البرنامجين للمُسجلين.
- هذه ليست قائمة كاملة. فمعلومات المزايا مجرد ملخص سريع ولا تمثل وصفاً كاملاً للمزايا. لمزيد من المعلومات، اتصل بالخطة أو اقرأ كتيب الأعضاء الخاص بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- تمثل خطة Blue Shield of California Promise Health Plan لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والقوانين الخاصة بالولاية المعمول بها ولا تميز أو تستبعد الناس أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو السلالة أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو هوية النوع الاجتماعي أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية.

توفر Blue Shield of California Promise Health Plan:

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

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

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

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
رقم الهاتف: (844) 883-2233 (الهاتف النصي: 711)
رقم الفاكس: (323) 889-2228
البريد الإلكتروني: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com



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

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

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

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

B. مراجعة تغطية Medicare و Medi-Cal الخاصة بك للعام المقبل

من المهم جدًا مراجعة تغطيتك الآن للتأكد من أنها ستظل تلبّي احتياجاتك خلال العام المقبل. إذا لم تلبّ احتياجاتك، فقد تتمكن من مغادرة الخطة. انظر الفصل 2 لمزيد من المعلومات.

إذا اخترت ترك خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، فستنتهي عضويتك في آخر يوم من الشهر الذي تم تقديم الطلب فيه. حتى أنك إذا تركت خطتنا، فسوف تستمر عضويتك في برامج Medicare و Medi-Cal طالما أنك مستحق.

- سيتوفر لك اختيار الطريقة التي تحصل من خلالها على مزايا برنامج Medicare الخاص بك (راجع صفحة 10 للاطلاع على الخيارات المتاحة).
- ستحصل على مزايا برنامج Medi-Cal الخاص بك من خلال برنامج رعاية مُدارة من Medi-Cal تختارها بنفسك (راجع صفحة 12 للحصول على مزيد من المعلومات).



B1. الموارد الإضافية

- **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):** Ուշադրանքով: 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 ដោយមិនគិតល្អ្ល គឺអាចមានសំបាប់អ្នក។ 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)۔

يمكنك الحصول على إخطار التغييرات السنوي هذا مجانًا بطرق أخرى كأن تكون مطبوعةً بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مسجلة صوتيًا. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية.

يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذا المستند بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل الآن وفي المستقبل. لتقديم طلب، يُرجى الاتصال بقسم العناية بالعملاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. سنحتفظ بتنسيقك ولغتك المفضلة في السجلات من أجل الاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات في تفضيلاتك، يرجى التواصل مع خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

B2. معلومات حول Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Blue Shield of California Promise Health Plan هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal بهدف تقديم مزايا البرنامجين للمسجلين.
- يتم اعتبار التغطية بموجب خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بأنها تغطية صحية مؤهلة تُعرف باسم "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". فهي تضمن حماية المريض ومتطلبات مشاركة المسؤولية الفردية طبقًا لقانون الرعاية بأسعار معقولة (ACA). تفضل بزيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) الإلكتروني www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families لمزيد من المعلومات عن متطلبات مشاركة المسؤولية الفردية.
- يتم تقديم خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan من خلال Blue Shield of California Promise Health Plan وإذا ذكر إخطار التغييرات السنوي هذا كلمات مثل "نحن" أو "إيانا" أو "خاص بنا"، فإن هذه الكلمات تشير إلى خطة Blue Shield of California Promise Health Plan. أما إذا ذكرت كلمات مثل "الخطة" أو "خطتنا"، فإنها تشير إلى خطة Blue Shield of California Promise Health Plan.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



B3. أشياء مهمة لا بد من القيام بها:

- تحقق مما إذا كان تم إجراء أي تغييرات في المزايا والتكاليف التي قد تؤثر عليك.
 - هل توجد أي تغييرات من شأنها التأثير على الخدمات التي تستخدمها؟
 - من المهم جدًا مراجعة التغييرات التي تم إجراؤها في المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستلبي احتياجاتك خلال العام المقبل.
 - راجع القسم (1د) للاطلاع على معلومات بشأن تغييرات المزايا والتكاليف الخاصة ببرنامجنا.
- تحقق من إجراء أي تغييرات في تغطية أدوية الوصفات الطبية الخاصة بنا والتي من شأنها التأثير عليك.
 - هل ستتم تغطية أدويةك؟ هل هم في مستوى مختلف من تقاسم التكلفة؟ هل يمكنك الاستمرار في الاستعانة بالصيدليات نفسها؟
 - من المهم جدًا مراجعة التغييرات للتأكد من أن تغطية الأدوية الخاصة بنا ستلبي احتياجاتك خلال العام المقبل.
 - راجع القسم (2د) للاطلاع على معلومات بشأن التغييرات في تغطية الأدوية الخاصة بنا.
 - ربما ارتفعت تكاليف الدواء الخاص بك منذ العام الماضي.
- « لذا، تحدث مع طبيبك حول بدائل أقل تكلفة قد تكون متاحة لك، فقد يوفر لك ذلك في التكاليف النثرية السنوية على مدار العام.
 - وللحصول على معلومات إضافية حول أسعار الأدوية، تفضل بزيارة www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage. (انقر فوق رابط "لوحات المعلومات" في وسط الملاحظة باتجاه أسفل الصفحة. تبرز لوحات المعلومات هذه الشركات المصنعة التي رفعت أسعارها وتوضح أيضًا معلومات أسعار الأدوية الأخرى من عام لآخر.)
- « ويجب أن تراعي أن مزايا خطتك ستحدد بالضبط مقدار التغيير الخاصة بتكاليف أدويةك.
- تحقق من وجود مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا العام المقبل.
 - هل أطباؤك، بمن فيهم المتخصصون الذين تراهم بانتظام، مدرجون في شبكتنا؟ ماذا عن صيدليتك؟ ماذا عن المستشفيات أو مقدمي الخدمات الآخرين الذين تستعين بهم؟
 - راجع القسم (ج) للاطلاع على معلومات بشأن دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بنا.
- فكر بشأن التكاليف الكلية التي ستكبدها في البرنامج.
 - كم تبلغ التكاليف النثرية التي ستكبدها نظير تلقي الخدمات وأدوية الوصفات الطبية التي تستخدمها بانتظام؟
 - كيف يتم إجراء مقارنة بين إجمالي التكاليف وخيارات التغطية الأخرى؟
- فكر بشأن ما إذا كنت راضيًا بخطتنا.

إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن هناك تغطية أخرى ستلبي احتياجاتك بصورة أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (انظر القسم 2 لمزيد من المعلومات). وإذا سجلت في خطة جديدة، فستبدأ تغطيتك الجديدة في أول يوم من الشهر التالي. راجع القسم (و)، صفحة 11 لمعرفة المزيد عن الاختيارات المتاحة لك.

إذا قررت البقاء في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

إذا كنت تريد البقاء في خطتنا للعام المقبل، فهذا الأمر سهل وبسيط، ولا يتعين عليك القيام بشيء. وإذا لم تقم بإجراء أي تغييرات، فستظل مسجلاً في خطتنا تلقائياً.

C. التغييرات في المزودين والصيدليات الذين ضمن الشبكة

تم تغيير شبكات مقدمي الخدمات والصيدليات الخاصة بنا لعام 2021.

نحن نوصيكم بشدة بمراجعة دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الحالي لمعرفة ما إذا كان مقدمو الخدمات أو الصيدليات الخاصة بك ما زالوا في شبكتنا. يتوفر دليل مقدمي الخدمات والصيدليات المحدث بموقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. ويمكنك أيضاً الاتصال "بخدمات الأعضاء" على الرقم 1-855-905-3825 للحصول على معلومات محدثة حول مقدمي الخدمات أو لطلب إرسال دليل مقدمي الخدمات والصيدليات عبر البريد.

من المهم أيضاً معرفة أننا قد نجري تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا غادر مقدم الخدمات الخاص بك البرنامج، فستكون لديك حقوق وإجراءات وقائية معينة. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء لديك.



D. التغييرات في المزايا والتكاليف خلال العام المقبل

D1. التغييرات في المزايا والتكاليف الخاصة بالخدمات الطبية

نحن نعمل على تغيير تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية وعلى ما ستدفعه مقابل هذه الخدمات الطبية المغطاة في العام المقبل. ويصف الجدول التالي هذه التغييرات.

2021 (العام المقبل)	2020 (هذا العام)
ستدفع كمشاركة في السداد 0 دولارًا أمريكيًا عن كل زيارة (التغطية محدودة بما يصل إلى فحص واحد كل 12 شهرًا)	الفحص البدني السنوي غير مغطى.
<p>للأفراد عند الخروج من مستشفى للمرضى الداخليين أو مرفق التمريض الحادق، ستكون المشاركة في السداد 0 دولار أمريكي عن كل وجبة منزلية مغطاة يتم تسليمها. نغطي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 وجبة و 10 وجبات خفيفة لكل خروج من المستشفى • تقتصر التغطية عند الدخول مرتين في السنة • سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة ليتم توصيلها ثلاث مرات حسب الحاجة 	<p>توصيل وجبة غذائية إلى المنزل غير مغطاة</p> <p>توصيل وجبة غذائية إلى المنزل</p>

D2. التغييرات في تغطية أدوية الوصفات الطبية

التغييرات في قائمة الأدوية الخاصة بنا

تتوفر قائمة الأدوية المغطاة المحدثة بموقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. كما يمكنك الاتصال بقسم العناية بالعملاء التابع لنا على الرقم 1-855-905-3825 الهاتف النصي: 711، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال الأسبوع للحصول على معلومات محدثة حول الأدوية أو لمطالبتنا بإرسال قائمة الأدوية المغطاة إليك بالبريد. ويشار إلى قائمة الأدوية المشمولة أيضًا باسم "قائمة الأدوية".

لقد أجرينا تغييرات في قائمة الأدوية الخاصة بنا، شاملة تغييرات في الأدوية التي نغطيها وتغييرات في القيود التي تنطبق على تغطيتنا لأدوية معينة.

راجع قائمة الأدوية للتأكد من أنه سيتم تغطية أدويةك خلال العام المقبل ولمعرفة ما إذا كان سيتم تطبيق أي قيود.

إذا تم إجراء أي تغيير في تغطية الأدوية من شأنه التأثير عليك، فنوصيك بأن:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- ترجع إلى طبيبك (أو واصل دواء آخر) للعثور على دواء مختلف تقوم بتغطيته.
 - كما يمكنك الاتصال بقسم العناية بالعملاء التابع لنا على الرقم 1-855-905-3825 الهاتف النصي: 711، من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع أو تواصل مع مدير الرعاية لطلب الحصول على قائمة الأدوية المغطاة والتي تعالج نفس الحالة.
 - حيث يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات لك في إيجاد دواء مغطى يتلاءم معك.
- تعاون مع طبيبك (أو الواصل الآخر) واطلب من الخطة عمل الاستثناء لتغطية الدواء.
 - يمكنك طلب الاستثناء قبل العام المقبل وسنمنحك الرد خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلبك (أو البيان الداعم من الواصل الخاص بك).
 - لمعرفة ما الذي يتعين عليك فعله لطلب استثناء، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء لعام 2021 أو اتصل بقسم العناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية.
 - إذا كنت بحاجة للمساعدة في طلب الاستثناء، فيمكنك الاتصال بقسم العناية بالعملاء أو مدير رعايتك. انظر الفصل 2 والفصل 3 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد حول كيفية الاتصال بمدير رعايتك.

التغييرات في تكاليف أدوية الوصفات الطبية

هناك مرحلتان للسداد في مقابل تغطية أدوية الوصفات الطبية بالجزء (د) من Medicare الخاصة بك بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. يعتمد ما تقوم بسداده على المرحلة التي تكون فيها عندما تقوم بصرف أو إعادة صرف الوصفة الطبية. وفيما يلي هاتان المرحلتان:

المرحلة الثانية مرحلة التغطية في حالات الكوارث	المرحلة 1 مرحلة التغطية الأولية
خلال هذه المرحلة، تسدد الخطة جميع تكاليف أدويةك، حتى تاريخ 31 ديسمبر 2021. تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من التكاليف النثرية.	خلال هذه المرحلة، تسدد الخطة جزءًا من التكاليف الخاصة بأدويةك، وأنت تقوم بسداد حصتك. ويُشار إلى حصتك باسم المشاركة في السداد. تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بصرف الوصفة الطبية الأولى الخاصة بك للعام.

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية للأدوية الموصوفة إلى **6,550** دولار. في هذه المرحلة، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. يقوم البرنامج بتغطية جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك من ذلك الحين وحتى نهاية العام. انظر الفصل 6 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول مقدار ما تدفعه للأدوية الموصوفة.

D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية الأولية"

خلال مرحلة التغطية الأولية، تقوم الخطة بسداد جزء من التكاليف الخاصة بأدويةك المشمولة، وتقوم أنت بسداد حصتك. ويُشار إلى حصتك باسم المشاركة في السداد. تعتمد المشاركة في السداد على مستوى تقاسم التكاليف الخاصة بالأدوية وعلى مكان الحصول على الأدوية كذلك. وسيكون عليك سداد دفعة مشتركة في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. إذا كانت تكاليف الدواء ضمن التغطية الخاصة بك أقل من مبلغ المشاركة في السداد، فسوف تقوم بسداد السعر الأقل.



لقد نقلنا بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية إلى مستوى أدوية أدنى أو أعلى. فإذا انتقلت أدويةك من مستوى إلى آخر، فقد يؤثر هذا على مشاركتك في السداد. ولمعرفة ما إذا كان سيتم نقل أدويةك إلى مستوى مختلف، فابحث عنها في قائمة الأدوية.

يوضح الجدول التالي تكاليف الأدوية في كل مستوى من مستويات الأدوية الأربعة الخاصة بنا. وتطبق هذه المبالغ فقط عندما تكون في مرحلة التغطية الأولية.

2021 (العام المقبل)	2020 (هذا العام)	
تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار لكل وصفة طبية.	تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار لكل وصفة طبية.	الأدوية في المستوى الأول (أدوية جنيسة مفضلة) تكلفة إمداد لمدة شهر من دواء في المستوى الأول يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة
تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار أو 1.30 دولار أو 3.70 دولار لكل وصفة طبية.	تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار أو 1.30 دولار أو 3.60 دولار لكل وصفة طبية.	الأدوية في المستوى الثاني (الأدوية الجنيسة) تكلفة إمداد لمدة شهر من دواء في المستوى الثاني يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة
تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار أو 4.00 دولار أو 9.20 دولار لكل وصفة طبية.	تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار أو 3.90 دولار أو 8.95 دولار لكل وصفة طبية.	الأدوية في المستوى الثالث (الأدوية التي تحمل علامات تجارية) تكلفة إمداد لمدة شهر من دواء في المستوى الثالث يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة
تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار لكل وصفة طبية.	تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) 0 دولار لكل وصفة طبية.	الأدوية في المستوى الرابع (RX ليسن من Medicare / الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية (OTC)) تكلفة إمداد لمدة شهر من دواء في المستوى الرابع يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى 6,550 دولار. وعندئذٍ، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. يقوم البرنامج بتغطية جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك من ذلك الحين وحتى نهاية العام. انظر الفصل 6 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات بخصوص مقدار ما تدفعه للأدوية الموصوفة.

D4. المرحلة الثانية: "مرحلة التغطية في حالات الكوارث"

عندما تصل إلى حد 6,550 دولار للمصروفات النثرية لأدوية الوصفات الطبية خاصتك، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية. سوف تستمر في مرحلة التغطية في حالات الكوارث حتى نهاية العام التقويمي.



E. الإجراءات الإدارية

2021 (العام المقبل)	2020 (هذا العام)	
الأعضاء المعتمدين على الأنسولين: يمكنك الحصول على 100 شريط للاختبار وابر الوخز كل شهر بوصفة طبية. الأعضاء غير المعتمدين على الأنسولين: يمكنك الحصول على 100 شريط للاختبار وابر الوخز كل 3 أشهر بوصفة طبية.	يمكنك الحصول على 100 شريط للاختبار وابر الوخز كل شهر بوصفة طبية (ينطبق هذا على كل من الأعضاء المعتمدين على الأنسولين وغير المعتمدين على الأنسولين).	مستلزمات مرضى السكري -تغيير شرائط الاختبار والحد من كمية ابر الوخز
العناية بالعملاء	خدمات الأعضاء	اسم خدمات الأعضاء
Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	Blue Shield of California Promise Health Plan c/o DST Pharmacy Solutions P.O. Box 419019, Dept. 351 Kansas City, MO 64141	إرسال شكاوى Rx
يمكنك الحصول على ما يصل إلى 100 يومًا من الإمداد بأدوية المستوى الأول المغطاة من صيدلية البيع بالتجزئة والمشاركة بالتكلفة داخل الشبكة أو من خلال صيدلية مشاركة بخدمة البريد من الشبكة.	يمكنك الحصول على ما يصل إلى 90 يومًا من الإمداد بأدوية المستوى الأول المغطاة من صيدلية البيع بالتجزئة والمشاركة بالتكلفة داخل الشبكة أو من خلال صيدلية مشاركة بخدمة البريد من الشبكة.	المستوى 1: الأدوية الجنيسة المفضلة: البيع بالتجزئة - الصيدليات ضمن الشبكة وخدمة البريد من الشبكة لتزويد من الصيدلية

F. كيفية اختيار خطة

F1. كيفية البقاء في خطتنا

إننا نأمل أن تظل معنا عضوًا في خطتنا خلال العام المقبل.

لست مطالبًا بالقيام بأي شيء للبقاء في خطتك الصحية. إذا لم تقم بالتسجيل في خطة برنامج Cal MediConnect مختلفة، أو التغيير لخطة Medicare Advantage Plan، أو التغيير إلى Original Medicare، فسوف تبقى تلقائيًا كعضو في خطتنا لعام 2021.

F2. كيفية تغيير الخطط

يمكنك إنهاء عضويتك في أي وقت خلال العام من خلال التسجيل في خطة Medicare Advantage Plan أخرى أو التسجيل في خطة Cal MediConnect plan أخرى أو الانتقال إلى Original Medicare.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



كيفية حصولك على خدمات Medicare

سوف يكون لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare الخاصة بك. وباختيار أحد هذه الخيارات الثلاثة، فإنك تنهي تلقائيًا عضويتك في برنامج MediConnect:

1. يمكنك التغيير إلى ما يلي:

خطة صحية من Medicare، مثل Medicare Advantage Plan أو إذا كنت تلبي متطلبات الأهلية وتعيش داخل منطقة الخدمات أو برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)

إليك ما يمكنك القيام به:

اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

لاستعلامات برامج PACE، اتصل على (7223) PACE-921-855-1.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. [رقم الهاتف النصي اختياري.] لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>

سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عندما تبدأ في تغطية خطتك الجديدة.

2. يمكنك التغيير إلى ما يلي:

برنامج Original Medicare مع برنامج أدوية وصفات طبية منفصل من Medicare

إليك ما يمكنك القيام به:

اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/

سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عندما تبدأ في تغطية Original Medicare الخاصة بك.



3. يمكنك التغيير إلى ما يلي:

Original Medicare بدون برنامج أدوية وصفات طبية من Medicare منفصل

ملاحظة: إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية وصفات طبية منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تخطر برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام.

يجب أن تسقط عنك تغطية أدوية الوصفات الطبية فقط إذا حصلت على تغطية للأدوية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك استفسارات حول ما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للأدوية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/

إليك ما يمكنك القيام به:

اتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.

سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Blue Shield Promise Cal Original Medicare عندما تبدأ في تغطية Medicare الخاصة بك.

كيفية حصولك على خدمات Medi-Cal

إذا تركت برنامج Cal MediConnect plan الخاص بنا، فستظل تتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك عبر Blue Shield of California Promise Health Plan ما لم تختار خطة مختلفة لخدمات Medi-Cal الخاصة بك. تتضمن خدمات Medi-Cal الخاصة بك معظم الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل ورعاية الصحة السلوكية.

عند طلبك لإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا، سوف تحتاج لإخبار قسم خيارات الرعاية الصحية عن خطة الرعاية المدارة الخاصة بـ Medi-Cal والتي تريد الانضمام بها. يمكنك الاتصال بقسم خيارات الرعاية الصحية على رقم 1-844-580-7272، من يوم الاثنين إلى يوم الجمعة من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 1-800-430-7077.



G. كيفية الحصول على المساعدة

G1. الحصول على مساعدة من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

هل لديك أسئلة؟ نحن هنا للمساعدة. يرجى الاتصال بقسم العناية بالعملاء التابع لنا على الرقم 1-855-905-3825-1 الهاتف النصي: (711). يمكننا استقبال مكالماتكم الهاتفية من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. المكالمات على هذه الأرقام مجانية.

قراءة كتيب الأعضاء لعام 2021 الخاص بك

يُعد كتيب الأعضاء لعام 2021 وصفًا قانونيًا تفصيليًا لمزايا البرنامج الخاص بك. إذ يشتمل على كل التفاصيل الخاصة بالمزايا والتكاليف خلال العام المقبل. كما يتناول بالشرح جميع الحقوق المكفولة لك والقواعد التي يتعين عليك اتباعها للحصول على الخدمات وأدوية الوصفات الطبية المشمولة.

سيكون كتيب أعضاء 2021 متوفر بحلول 15 أكتوبر. يمكنك أيضًا مراجعة كتيب الأعضاء الذي يتم إرساله بشكل منفصل عبر البريد لمعرفة ما إذا كانت التغييرات الأخرى في المزايا أو التكلفة تؤثر عليك. تتوفر نسخة محدثة من كتيب الأعضاء لعام 2021 دائمًا بموقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. كما يمكنك الاتصال بقسم العناية بالعملاء التابع لنا على الرقم 1-855-905-3825-1 الهاتف النصي: 711، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال الأسبوع لمطالبتنا بإرسال كتيب الأعضاء لعام 2021 إليك بالبريد.

موقعنا على الويب

يمكنك أيضًا زيارة موقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. وللتذكير، يحتوي موقع الويب الخاص بنا على أحدث المعلومات حول شبكة مقدمي الخدمات والصيدليات الخاصة بنا (دليل مقدمي الخدمات والصيدليات) وكذلك قائمة الأدوية (قائمة الأدوية المغطاة).

G2. الحصول على المساعدة من وسيط التسجيل بالولاية

سيقدم لك وسيط التسجيل بالولاية، قسم خيارات الرعاية الصحية، المساعدة بشأن التسجيل في خطة صحة تابعة لـ Cal MediConnect. كما يمكنه تقديم المساعدة لك بشأن إلغاء تسجيلك في خطة Cal MediConnect Plan. يمكنك الاتصال بقسم خيارات الرعاية الصحية على رقم 1-844-580-7272، من يوم الاثنين إلى يوم الجمعة من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 1-800-430-7077.

G3. الحصول على المساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds Program

يمكن لبرنامج Cal MediConnect Ombuds Program تقديم المساعدة لك إذا كانت لديك مشكلات مع خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. وتتوفر خدمات أمانة المظالم مجانًا. برنامج Cal MediConnect Ombuds Program:

- يكون بمثابة المدافع عنك، حيث يمكنه الرد على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله.
- تأكد من وجود معلومات لديك متعلقة بحقوقك ووسائل الحماية الخاصة بك وكيف يمكنك حل مخاوفك.
- لا علاقة له بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم الهاتف لبرنامج Cal MediConnect Ombuds Program هو 1-855-501-3077.



G4. الحصول على المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي بالولاية (SHIP). في ولاية كاليفورنيا، يُعرف برنامج SHIP باسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). ويمكن للاستشاريين التابعين لبرنامج HICAP تقديم المساعدة لك بشأن فهم خيارات برنامج Cal MediConnect plan والإجابة على أي استفسارات لديك حول تبديل الخطط. لا علاقة لـ HICAP بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يمتلك برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) مستشارين مدربين في كل مقاطعة، كما تتوفر الخدمات مجانًا. ورقم الهاتف الخاص ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم هو 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

G5. الحصول على المساعدة من Medicare

للحصول على المعلومات مباشرة من Medicare، يمكنك الاتصال على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج Medicare

يمكنك زيارة موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare على (www.medicare.gov). إذا اخترت إلغاء تسجيلك في برنامج Cal MediConnect Plan والتسجيل في برنامج Medicare Advantage Plan، فإن موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare يحتوي على كل المعلومات بشأن التكاليف والتغطية وتصنيفات الجودة لمساعدتك في المقارنة بين برامج Medicare Advantage.

ويمكنك العثور على المعلومات الخاصة ببرامج Medicare Advantage المتوفرة في منطقتك من خلال استخدام "الباحث عن برامج Medicare" على موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare. (للاطلاع على المعلومات الخاصة بالخطط، يُرجى الانتقال إلى موقع الويب www.medicare.gov ثم النقر فوق "البحث عن الخطط".)

كتيب "Medicare وأنت 2021"

يمكنك قراءة كتيب Medicare وأنت 2021. يتم إرسال هذا الكتيب خلال فصل الخريف من كل عام بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. ويشتمل الكتيب على ملخص عن مزايا برنامج Medicare وحقوقه وإجراءاته الوقائية، فضلاً عن تقديم إجابات للأسئلة المتداولة حول Medicare.

إذا لم تكن بحوزتك نسخة من هذا الكتيب، فيمكنك الحصول عليها من موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare على (www.medicare.gov) أو من خلال الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار اليوم طوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

G6. الحصول على المساعدة من دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

تضطلع California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا) بمسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد الخطة الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال على الرقم 1-855-905-3825، (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع واستخدام عملية التظلم لدى خطتك الصحية قبل الاتصال بالدائرة. واستخدام إجراء التظلم هذا لا يحظر حصولك على أي حقوق قانونية محتملة أو تعويضات قد تتوفر لك.

إن كنت في حاجة للمساعدة في التظلم بخصوص قضايا عاجلة، أو تظلم لم يجد حلاً مرضياً بواسطة خطتك الصحية أو تظلم لم يبت فيه لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالدائرة للمساعدة.

وقد تكون أيضًا مستحقًا لمراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مستحقًا لمراجعة طبية مستقلة (IMR)، فستوفر لك عملية المراجعة الطبية المستقلة مراجعة نزيهة للقرارات الطبية المتخذة من قِبل الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية لخدمة أو علاج مقترح، إضافةً إلى قرارات التغطية التأمينية الخاصة بالمعالجات ذات الطبيعة التجريبية أو الاستقصائية ونزاعات السداد للحالات الطارئة أو الخدمات الطبية العاجلة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



لدى الدائرة أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط للهاتف النصي (1-877-688-9891) والمخصص لمن يعانون من صعوبات السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني الخاص بالدائرة www.dmhc.ca.gov على نماذج الشكاوى ونماذج طلبات المراجعة الطبية المستقلة (IMR) والتعليمات عبر الإنترنت.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.





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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect