

# 2022

اطلاعیه سالانه تغییرات



Promise Health Plan

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

شهر Los Angeles

طرح Blue Shield of California Promise Health  
شماره بخش Blue Shield Association است

ANOC0148-FA-LA-1021

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan با این شماره تماس بگیرید  
TTY: 711، 8:00 تا 8:00 صبح تا شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است.  
برای اطلاعات بیشتر از وب سایت [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://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 2022

### 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 اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

A. رفع مسئولیت	1	D3. مرحله 1: "مرحله اولیه پوشش"	9
B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده...	2	D4. مرحله 2: "مرحله پوشش بحرانی"	10
B1. منابع تکمیلی	3	E. نحوه انتخاب طرح	10
B2. اطلاعاتی درباره Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	4	E1. نحوه باقی ماندن در طرح ما	10
B3. کارهای مهمی که باید انجام داد:	4	E2. نحوه تغییر طرح ها	10
C. تغییرات ایجاد شده در شبکه ارائه دهندگان و داروخانه ها	6	F. چگونه می توان کمک دریافت کرد	12
D. تغییرات ایجاد شده در مزایا و هزینه ها برای سال آینده	6	F1. دریافت کمک از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	12
D1. تغییرات ایجاد شده در مزایا و هزینه ها برای خدمات پزشکی	6	F2. دریافت کمک از کارگزار ثبت نام ایالتی	13
D2. تغییرات در پوشش داروهای تجویزی	7	F3. دریافت کمک از برنامه Cal MediConnect Ombuds	13



- F4. دریافت کمک از برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه  
(Health Insurance Counseling and  
Advocacy Program، HICAP) کمک بگیرید..... 13
- F5. دریافت کمک از Medicare..... 14
- F6. دریافت کمک از اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا  
(California Department of Managed  
Health Care) ..... 14



# A. بیانیه های رفع مسئولیت

- طرح 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 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 تا دفترچه راهنمای اعضاء طرح 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 طرح Blue Shield of California Promise Health تماس بگیرید.

اگر فکر می کنید Blue Shield of California Promise Health 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  
Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755 601  
تلفن: (844) 883-2233 (TTY: 711)  
فکس: (323) 889-2228  
ایمیل: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

شکایت را می توانید حضوری، از طریق نامه، فکس 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 می توانید یک شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی وزارت سلامت و بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)، 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.

## 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 می کند. اگر طرح نیازهای شما را برآورده نمی کند، شاید بتوانید طرح را ترک کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش E2 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 می یابد.

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 (به صفحه 11 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 usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- **中文 (Chinese):** 请注意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打1-855-905-3825（听障和语障专线：711），每周七天办公，早上8:00至晚上8:00。此电话为免付费专线。
- **Tiếng Việt (Vietnamese):** LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.
- **Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.
- **한국어 (Korean):** 주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
- **Հայերեն (Armenian):** Ուշադրութեամբ խոսու՛մ եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

فارسی (Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

- **Русский (Russian):** ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.
- **العربية (Arabic):** تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- **ខ្មែរ (Khmer):** ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ជ្រាវព័រថ្លៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- **भाषा (Hindi):** ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ़्री है।
- **Lus Hmoob (Hmong):** LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.
- **ພາສາລາວ (Laotian):** ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ສະຄຳໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນເທົ່າທຶນ. ການໂທແມ່ນບໍ່ສະຄຳ.
- **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。1-855-905-3825 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。



- ภาษาไทย (Thai): เร็ยน หากคณพุดภาษา ภาษาไทย เรามึบริการความช่วยเหลือดันภาษาให้แก่คณโดยไม่มีค่าใ้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใ้จ่าย
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਸਾਵਯਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ |711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ਼ੀ ਹੈ |
- Українська (Ukrainian): ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.
- Mienh (Mien): TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lunggh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lunggh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

- شما می توانید این اطلاعیه سالانه تغییرات را به فرمت‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی دریافت نمایید. می‌توانید 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 می‌توانید 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. زبان و فرمت ترجیحی شما را برای ارتباطات آینده با بگانی 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 نیازمندی‌های مسئولیت‌های مشترک فردی بر اساس قانون حمایت از بیماران و مراقبت مقرون به صرفه (ACA) را برآورده می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت مشترک فردی از وب سایت خدمات درآمد داخلی (IRS) به آدرس [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) بازدید کنید.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan توسط Blue Shield of California Promise Health Plan ارائه می‌شود. در این اطلاعیه سالانه تغییرات منظور از "ما"، "به ما" یا "متعلق به ما" Blue Shield of California Promise Health Plan می‌باشد. منظور از "طرح" یا "طرح ما"، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می‌باشد.





- 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 می‌گیرند؟ آیا داروهای شما در رده سهم هزینه دیگری هستند؟ آیا می‌توانید 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 برای شما مناسب خواهند بود.
  - 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 می‌تواند موجب صرفه جویی در هزینه های سالانه تان برای موارد پرداخت مستقیم از جیب شود.
- « برای دریافت اطلاعات تکمیلی درباره قیمت داروها، به این سایت مراجعه کنید [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). بر روی لینک "داشبوردها (dashboards)" در وسط (Note یادداشت) به سمت پایین صفحه کلیک کنید. صفحه کلیک کنید. این داشبوردها، شرکت هایی را که قیمت هایشان را افزایش داده اند هایلایت می‌کنند و سایر اطلاعات مربوط به قیمت سال-به-سال داروها نیز ارائه شده است.)
- « به خاطر داشته باشید که مزایای طرح شما مشخص می‌کند 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.
  - آیا پزشکان شما از جمله متخصصان شما کماکان عضو شبکه ما می‌باشند؟ داروخانه شما چطور؟ بیمارستان ها یا سایر ارائه دهندگان خدماتی که شما از آنها استفاده می‌کنید 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 می‌کنید چقدر از جیب خود هزینه پرداخت می‌کنید؟
  - هزینه های کل در مقایسه با سایر گزینه های پوشش چگونه می‌باشد؟
- به این فکر کنید که آیا از طرح ما رضایت دارید.

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

### در صورت تصمیم به تغییر طرح ها:

اگر به این نتیجه برسید که طرح دیگری نیازهای شما را بهتر برآورده می‌کند، شاید بتوانید طرح خود را تغییر دهید (برای اطلاعات بیشتر به بخش E2 مراجعه کنید). اگر شما در یک طرح جدید ثبت نام کنید، پوشش بیمه جدید شما از اولین روز ماه بعدی شروع می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه های پیش روی خود، به بخش E، صفحه 10 مراجعه کنید.

اگر می‌خواهید 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 می‌مانید.



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

شبکه های ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های ما برای سال 2022 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/directory](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/directory) 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.



2022 (سال آینده)	2021 (امسال)	
<p>شما مبلغ <b>\$0</b> پرداخت مشترک می کنید</p> <p>شما مبلغ <b>\$0</b> به عنوان پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان پرداخت مشترک می کنید</p> <p>سقفی برای پوشش طرح خدمات اورژانسی/فوریتی در خارج از ایالات متحده در سال وجود ندارد.</p>	<p>شما مبلغ <b>\$0</b> پرداخت مشترک می کنید</p> <p>شما مبلغ <b>\$0</b> به عنوان پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان پرداخت مشترک می کنید</p> <p><b>\$25,000</b> سقف پوشش طرح برای خدمات اورژانسی/فوریتی در خارج از ایالات متحده در هر سال.</p>	<p>مراقبت های اضطراری</p>
<p>از طریق برنامه ما پوشش داده نشده است ، اما ما همچنان به هماهنگی دسترسی به این خدمات برای شما کمک می کنیم.</p>	<p>شما مبلغ <b>\$0</b> پرداخت مشترک می کنید (حداکثر سقف پوشش مزایای بیمه <b>\$5,356.25</b> دلار در سال)</p>	<p>برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)</p>
<p>سقف <b>\$185</b> هر 3 ماه</p> <p>شما می توانید در هر سه ماه دوسفارش دهید. برخی محدودیت ها ممکن است مصداق داشته باشد. برای اطلاعات بیشتر به کاتالوگ OTC مراجعه کنید.</p>	<p>سقف <b>\$120</b> هر 3 ماه</p> <p>شما می توانید در هر سه ماه یک سفارش دهید. برخی محدودیت ها ممکن است مصداق داشته باشد. برای اطلاعات بیشتر به کاتالوگ OTC مراجعه کنید.</p>	<p>داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC)</p>
<p>شما مبلغ <b>\$0</b> پرداخت مشترک می کنید</p> <p>شما مبلغ <b>\$0</b> به عنوان پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان پرداخت مشترک می کنید</p> <p>سقفی برای پوشش طرح خدمات اورژانسی/فوریتی در خارج از ایالات متحده در سال وجود ندارد.</p>	<p>شما مبلغ <b>\$0</b> پرداخت مشترک می کنید</p> <p>شما مبلغ <b>\$0</b> به عنوان پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان پرداخت مشترک می کنید</p> <p><b>\$25,000</b> سقف پوشش طرح برای خدمات اورژانسی/فوریتی در خارج از ایالات متحده در هر سال.</p>	<p>مراقبت اضطراری</p>

## D2. تغییرات در پوشش داروهای تجویزی

### تغییرات در فهرست دارویی ما

نسخه به روزرسانی شده از فهرست داروهای تحت پوشش در وب سایت ما به نشانی

[www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy) موجود می باشد. شما همچنین می توانید با بخش مراقبت

مشتریان به شماره تلفن TTY: 711 1-855-905-3825 تماس بگیرید؛ برای دریافت اطلاعات دارویی جدیدتر یا به منظور درخواست از ما برای ارسال پستی یک

نسخه از فهرست داروهای تحت پوشش، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته با شماره 711، تماس بگیرید.

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

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 می گیرد و ببینید که آیا محدودیت خاصی وجود دارد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan با این شماره تماس بگیرید

TTY: 711، 8:00 1-855-905-3825 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر از وب سایت [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) بازدید کنید.



در صورتی که تغییرات در پوشش دارویی وضعیت شما را تحت تأثیر قرار می دهد، ما شما را تشویق می کنیم که:

- به کمک پزشکتان (یا سایر تجویزکنندگان) داروی دیگری که تحت پوشش ما می باشد را انتخاب کنید.
- شما می توانید با بخش مراقبت مشتریان به این شماره تلفن تماس بگیرید 711 1-855-905-3825 TTY، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته یا با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید تا لیستی از داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می کنند را درخواست کنید.
- این فهرست می تواند 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 می توانید 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 اعضاء 2022 مراجعه کنید یا با این شماره تلفن تماس بگیرید 711 1-855-905-3825 TTY، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است.
- در صورت نیاز به راهنمایی در مورد تقاضای استثنای دارویی، می توانید با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با هدایتگر مراقبتی خود به فصل 2 و فصل 3 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- از طرح بخواهید تا عرضه موقت دارو را پوشش دهد.
- در برخی شرایط، ما تأمین موقت دارو را طی [90] روز اول سال پوشش می دهیم.
- این تأمین موقت برای حداکثر یک ماه ادامه خواهد داشت. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد زمان دریافت یک تأمین موقت و نحوه درخواست آن، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید)
- زمانی که تأمین موقت دارو دریافت می کنید، باید با پزشک خود صحبت کنید تا مشخص شود که هنگام پایان تأمین داروی تان چه باید انجام دهید. شما می توانید دارویتان را به داروی دیگری که تحت پوشش برنامه است تغییر دهید یا از طرح بخواهید که برای شما استثناء قائل شود و داروی فعلی شما را تحت پوشش قرار دهد.
- درخواست های استثنای فرمولاری باید هر سال به برنامه ارائه شود.

#### 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
<p>در این مرحله، طرح درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را می پردازد و شما سهم خود را پرداخت می کنید. سهم شما، پرداخت مشترک نامیده می شود.</p> <p>این مرحله وقتی آغاز می شود که شما اولین نسخه سال را تحویل می گیرید.</p>	<p>در این مرحله، طرح تمام هزینه داروهای شما تا تاریخ 31 دسامبر 2022 را پرداخت می کند.</p> <p>شما این مرحله را وقتی آغاز می کنید که مبلغ هزینه های پرداخت از جیب شما به حد خاصی رسیده باشد.</p>

مرحله اولیه پوشش زمانی به پایان می رسد که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما به **\$7,050** 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. برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه شما چقدر برای داروهای تجویزی پرداخت می کنید به فصل 6 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

### D3. مرحله 1: "مرحله پوشش اولیه"

در مرحله پوشش اولیه، ما سهمی از هزینه داروهای تجویزی تحت پوشش را به شما پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می کنید. سهم شما، پرداخت مشترک نامیده می شود. تعرفه پرداخت مشترک به رده تقسیم هزینه دارو و به اینکه دارو را از کجا تهیه می کنید بستگی دارد. شما هر بار که یک نسخه را دریافت می کنید، یک مقدار پرداخت مشترک می پردازید. اگر هزینه های داروهای تحت پوشش از میزان پرداخت مشترک کمتر باشد، شما فقط آن هزینه کمتر را پرداخت می کنید.

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 پرداخت مشترک 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.

2022 (سال آینده)	2021 (امسال)	
پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ <b>\$0</b> برای هر نسخه می باشد.	پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ <b>\$0</b> برای هر نسخه می باشد.	<b>داروهای رده 1</b> (داروهای ژنریک ترجیحی) هزینه تأمین یک ماهه از داروی موجود در رده دارویی 1 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود
پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ <b>\$1.35، \$0</b> یا <b>\$3.95</b> برای هر نسخه می باشد.	پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ <b>\$1.30، \$0</b> یا <b>\$3.70</b> برای هر نسخه می باشد.	<b>داروهای رده 2</b> (داروهای ژنریک) هزینه تأمین یک ماهه از داروی موجود در رده دارویی 2 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود



2022 (سال آینده)	2021 (امسال)	
<p>پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ \$0، \$4.00 یا \$9.85 برای هر نسخه می باشد.</p>	<p>پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ \$0، \$4.00 یا \$9.20 برای هر نسخه می باشد.</p>	<p><b>داروهای رده 3</b> (داروهای دارای نام تجاری) هزینه برای تأمین یک ماهه از یک داروی موجود در رده دارویی 3 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود</p>
<p>پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ \$0 برای هر نسخه می باشد.</p>	<p>پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30-روزه) مبلغ \$0 برای هر نسخه می باشد.</p>	<p><b>داروهای ردیف 4</b> (داروهای غیر Medicare RX/داروهای بدون نسخه (OTC)) هزینه تأمین یک ماهه از داروی موجود در رده دارویی 4 که از یک داروخانه عضو شبکه تهیه می شود</p>

مرحله اولیه پوشش زمانی به پایان می رسد که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما به \$7,050 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 \$7,050 برسد، مرحله پوشش بحرانی شروع می شود. پس از ورود به این مرحله، شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند.

## E. نحوه انتخاب طرح

### E1. نحوه باقی ماندن در طرح ما

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

اگر برای یک طرح Cal MediConnect دیگر ثبت نام نکنید و به طرح Medicare Advantage یا به Original Medicare تغییر وضعیت ندهید، به طور خودکار عضو طرح ما برای سال 2022 باقی خواهید ماند.

### E2. نحوه تغییر طرح ها

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

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

برای پرسش ها در زمینه برنامه مراقبتی جامع سالمندان یا PACE با این شماره تماس بگیرند (7223) 1-855-921-PACE.

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز 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 کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/) مراجعه کنید.

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

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

**Original Medicare** با طرح مجزای Medicare برای داروهای نسخه ای

### آنچه باید انجام دهید:

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

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز 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 کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/) مراجعه کنید.

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



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

#### Original Medicare بدون طرح 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 درآورد 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 8:00 صبح تا 5:00 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/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

### آنچه باید انجام دهید:

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

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز 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 کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/) مراجعه کنید.

وقتی پوشش بیمه جدید 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

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 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. می توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options با این شماره تماس بگیرید 1-844-580-7272. کاربران TTY باید با این شماره تماس بگیرند 1-800-430-7077.

## F. چگونه می توان کمک دریافت کرد

### F.1 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 تماس بگیرید (فقط TTY، با 711 تماس بگیرید). ما از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 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 2022 خود را مطالعه کنید

کتابچه راهنمای اعضا 2022 مزایای طرح بیمه شما را به طور مفصل و حقوقی توضیح داده است. 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 2022 تا تاریخ 15 اکتبر آماده خواهد شد. یک نسخه به روز رسانی شده از کتابچه راهنمای اعضا 2022 در وب سایت ما به نشانی زیر موجود است [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook). شما همچنین برای درخواست از ما جهت ارسال یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا 2022، می توانید با بخش مراقبت مشتریان با شماره این تماس بگیرید 1-855-905-3825.

### وب سایت ما

شما همچنین می توانید از وب سایت ما به این نشانی بازدید کنید [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect). 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 می باشد.

## F2. 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 سلامت Cal MediConnect نیز به شما کمک کنند. می توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options با این شماره تماس بگیرید 1-844-580-7272. کاربران TTY باید با این شماره تماس بگیرند 1-800-430-7077.

## F3. دریافت کمک از برنامه Cal MediConnect Ombuds

چنانچه با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مشکلی دارید، برنامه Cal MediConnect Ombuds 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 شکایات 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 برنامه Cal MediConnect Ombuds عبارت است از 1-855-501-3077.

## F4. دریافت کمک از برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy

شما همچنین می توانید با برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP را برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP) می نامند. مشاوران HICAP می توانند به شما در درک گزینه های خود در طرح Cal MediConnect کمک کرده و به پرسش های شما درباره تغییر طرح ها پاسخ دهند. HICAP با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. HICAP در همه شهرها مشاورین آموزش دیده ای دارد و این خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP عبارت است از 1-800-434-0222. برای دریافت اطلاعات بیشتر و یا برای پیدا کردن یک دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به این وب سایت مراجعه کنید [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).



## F5. کمک گرفتن از Medicare

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، می توانید 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته با این شماره تماس بگیرید  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با این شماره تماس بگیرند 1-877-486-2048.

### وب سایت Medicare

شما همچنین می توانید از وبسایت Medicare به این آدرس بازدید کنید ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). 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 هزینه ها، پوشش ها و درجه بندی کیفیت برای کمک به مقایسه طرح های Medicare Advantage در اختیار شما قرار می دهد.

شما می توانید با استفاده از ابزار Medicare Plan Finder که در وب سایت Medicare در دسترس است، اطلاعاتی درباره طرح های Medicare Advantage دریافت کنید. (برای اطلاعات در مورد طرح ها، به آدرس [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) مراجعه و روی گزینه "Find plans" (یافتن طرح ها) کلیک کنید.)

### ر و شما Medicare 2022 (Medicare & You 2022)

شما می توانید کتابچه راهنمای (Medicare & You 2022) را بخوانید. هر ساله در فصل پائیز، این کتابچه برای افراد دارای Medicare ارسال می شود. این کتابچه محتوی خلاصه ای از مزایا، حقوق و حمایت های Medicare بوده و به سوالات متداول در رابطه با Medicare پاسخ می گوید.

اگر نسخه ای از این دفترچه ندارید، می توانید آن را از وب سایت Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) دریافت کنید یا 24 ساعت روز، 7 روز هفته با این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با این شماره تماس بگیرند 1-877-486-2048.

## F6. دریافت کمک از California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care مسئول تنظیم طرح های خدمات مراقبت سلامت می باشد. اگر علیه بیمه درمانی خود شکوائیه ای دارید، باید پیش از تماس با این اداره ابتدا با طرح سلامت خود 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 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. دپارتمان همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان (**1-888-466-2219**) و یک خط TDD به شماره **(1-877-688-9891)** برای افراد دارای اختلال شنوایی و گفتاری می باشد. وب سایت اداره به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) حاوی فرم های شکایت، فرم های درخواست IMR و دستورالعمل های آنلاین می باشد.





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

[blueshieldca.com/promise/calmediconnect](https://blueshieldca.com/promise/calmediconnect)