

2022

الإخطار السنوي بالتغييرات



Promise Health Plan

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

San Diego مقاطعة

Blue Shield Association هي مرخص مستقل لشركة Blue Shield of California Promise Health Plan

رقم الجزء
ANOC0148-AR-SD-1021



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 2022

مقدمة

أنت مسجل حاليًا كعضو في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. في العام المقبل، ستُجرى بعض التغييرات على مزايا الخطة وتغطيتها وقواعدها وتكاليفها. 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

9	D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"	1	A. إخلاء المسؤولية
10	D4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية في حالات الكوارث"	2	B. ب. مراجعة تغطية Medicare وMedi-Cal الخاصة بك للعام المقبل
10	E. كيفية اختيار خطة	3	B1. الموارد الإضافية
10	1.E. كيفية البقاء في خطتنا	4	B2. معلومات حول Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
10	E2. كيفية تغيير الخطط	4	C3. أشياء مهمة يجب عليك القيام بها:
12	F. كيفية الحصول على المساعدة	6	C. التغييرات في مقدمي الخدمات والصيدليات التابعة للشبكة
12	F1. الحصول على مساعدة من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	6	D. التغييرات في المزايا والتكاليف خلال العام المقبل
13	F2. الحصول على المساعدة من وسيط التسجيل بالولاية	6	D1. التغييرات في المزايا والتكاليف الخاصة بالخدمات الطبية
13	F3. الحصول على المساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds Program	7	D2. التغييرات في تغطية أدوية الوصفات الطبية



- F4. الحصول على المساعدة من برنامج استشارات
التأمين الصحي والدعم 13
- F5. الحصول على المساعدة من Medicare 14
- F6. الحصول على مساعدة من
California Department of Managed
Health Care (دائرة الرعاية الصحية
المُدارة بولاية كاليفورنيا) 14



A. إخلاء المسؤولية

- Medi-Cal و Medicare هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Blue Shield of California Promise Health Plan بهدف تقديم مزايا البرنامجين للمسجلين.
- هذه ليست قائمة كاملة. فمعلومات المزايا مجرد ملخص سريع ولا تمثل وصفًا 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 الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو هوية المجموعة العرقية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية 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 البدنية. 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، مسجلة صوتيًا، تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها، تنسيقات أخرى)
 - خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية هي لغتهم الأم، مثل:
 - مترجمون فوريون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فانصل 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 هوية المجموعة العرقية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية 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 البدنية، 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

يمكنك تقديم تظلم شخصيًا أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة للمساعدة في تقديم طلب التظلم، فإن منسق الحقوق المدنية متاح لمساعدتك.



يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية) إلكترونيًا من خلال 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
Independence Avenue, SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019، 800-537-7697 (جهاز التواصل عن بُعد للصم)

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. ارجع إلى الفصل E2 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 11).
- ستحصل على مزايا برنامج Medi-Cal الخاص بك من خلال برنامج رعاية مُدارة من Medi-Cal تختارها بنفسك (راجع صفحة 12 لمزيد من المعلومات).



B.1. 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 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):** Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվել էն անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Չանգահարեք 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. ໂທຫາ ເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. 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): เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย
- 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 ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ 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 lungn ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungn 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.

• يمكنك الحصول على إخطار التغييرات السنوي هذا مجاناً بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعاً بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مسجلة صوتياً. اتصل على 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. وتكون 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 بالعبارة بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. سيتم الاحتفاظ 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 متعاقدة مع كل من برنامجي Medicare و Medi-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 طبقاً لقانون الرعاية بأسعار معقولة (ACA). تفضل زيارة 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.

B3. أشياء مهمة يجب عليك 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 جداً مراجعة التغييرات التي تم إجراؤها في المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستلبي احتياجاتك خلال العام المقبل.

◦ انظر في القسم (D1) للحصول على معلومات بشأن تغييرات المزايا والتكاليف الخاصة بخطتنا.



- تحقق مما إذا كان تم إجراء أي تغييرات في تغطية أدوية الوصفات الطبية الخاصة بنا والتي من شأنها التأثير عليك.
 - هل ستم تغطية أدويتك؟ هل هم في مستوى مختلف من تقاسم التكلفة؟ هل يمكنك مواصلة استخدام الصيدليات نفسها؟
 - من المهم مراجعة التغييرات للتأكد من أن تغطية الأدوية الخاصة بنا ستلبي احتياجاتك خلال العام المقبل.
 - راجع القسم (D2) للاطلاع على معلومات بشأن التغييرات في تغطية الأدوية الخاصة بنا.
 - ربما ارتفعت تكاليف أدويتك 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" dashboards في وسط "الملاحظة" Note 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 أدويتك.
- تحقق مما إذا كان مقدمو الخدمات والصيدليات موجودين في شبكتنا العام المقبل.
 - هل أطباؤك، بما في ذلك الأخصائيون، مدرجون في شبكتنا؟ ماذا عن صيدليتك؟ ماذا عن المستشفيات أو مقدمي الخدمات الآخرين الذين تستعين بهم؟
 - راجع القسم (C) للاطلاع على معلومات بشأن دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بنا.
- فكر بشأن التكاليف الكلية التي ستتكبدها في الخطة.
 - كم تبلغ التكاليف النثرية التي ستتكبدها 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 البقاء في خطة

:Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

إذا قررت أن هناك تغطية أخرى ستلبي احتياجاتك بصورة أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (راجع القسم E2 لمزيد من المعلومات). وإذا سجلت في خطة جديدة، فستبدأ تغطيتك الجديدة في أول يوم من الشهر التالي. راجع القسم (E)، صفحة 10 لمعرفة المزيد عن الاختيارات المتاحة لك.

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



C. التغييرات في مقدمي الخدمات والصيدليات التابعة للشبكة

تم تغيير شبكات مقدمي الخدمات والصيدليات الخاصة بنا لعام 2022.

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 المحدّث بموقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/directory. ويمكنك أيضًا الاتصال "بالعناية بالعملاء" على الرقم 1-855-905-3825 للحصول على معلومات محدّثة حول مقدمي الخدمات أو لطلب إرسال دليل مقدمي الخدمات والصيدليات عبر البريد.

من المهم أيضًا معرفة أننا قد نجري تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا غادر مقدم الخدمات الخاص بك الخطة، 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

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



2022 (العام المقبل)	2021 (هذا العام)	
<p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0</p> <p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0 لتغطية العاجلة/الطارئة على مستوى العالم</p> <p>لا يوجد حد لتغطية الخطة للخدمات الطارئة/العاجلة خارج الولايات المتحدة في كل عام.</p>	<p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0</p> <p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0 لتغطية العاجلة/الطارئة على مستوى العالم</p> <p>حد تغطية الخطة بقيمة \$25,000 دولار للخدمات الطارئة/العاجلة خارج الولايات المتحدة في كل عام.</p>	<p>الرعاية الطبية الطارئة</p>
<p>غير مغطاة من خلال خطتنا ولكننا سنواصل المساعدة في تنسيق الوصول إلى هذه الخدمات لك.</p>	<p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0 (يبلغ أقصى مبلغ لتغطية ميزة الخطة \$5,356.25 دولارًا كل عام)</p>	<p>برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)</p>
<p>حد بقيمة \$185 دولارًا كل 3 أشهر</p> <p>يمكنك تقديم طلبين كل ثلاثة أشهر. قد يتم تطبيق بعض القيود. راجع كتالوج OTC لمزيد من المعلومات.</p>	<p>حد بقيمة \$120 دولارًا كل 3 أشهر</p> <p>يمكنك تقديم طلب واحد كل ثلاثة أشهر. قد يتم تطبيق بعض القيود. راجع كتالوج OTC لمزيد من المعلومات.</p>	<p>العناصر المتاحة بدون وصفة طبية (OTC)</p>
<p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0</p> <p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0 لتغطية العاجلة/الطارئة على مستوى العالم</p> <p>لا يوجد حد لتغطية الخطة للخدمات الطارئة/العاجلة خارج الولايات المتحدة في كل عام.</p>	<p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0</p> <p>تدفع مشاركة في السداد قيمتها \$0 لتغطية العاجلة/الطارئة على مستوى العالم</p> <p>حد تغطية الخطة بقيمة \$25,000 دولار للخدمات الطارئة/العاجلة خارج الولايات المتحدة في كل عام.</p>	<p>الرعاية العاجلة</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/pharmacy ويمكنك أيضًا الاتصال بقسم العناية بالعملاء 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.

ويُشار إلى قائمة الأدوية المغطاة أيضًا باسم "قائمة الأدوية".

لقد أجرينا تغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا، تتضمن التغييرات على الأدوية التي نغطيها والتغييرات على القيود التي ستطبق على تغطيتنا لأدوية معينة.

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

إذا كنت متأثرًا بأي تغيير في تغطية الدواء، فإننا نشجعك على:

- العمل مع طبيبك (أو واصل دواء آخر) للعثور على دواء مختلف نقوم بتغطيته.

◦ يمكنك الاتصال بقسم العناية بالعملاء التابع لنا على الرقم 1-855-905-3825 الهاتف النصي: 711، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع أو تواصل مع مدير الرعاية لطلب الحصول على قائمة الأدوية المغطاة والتي تعالج نفس الحالة.



- يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات لديك في إيجاد دواء مغطى يتلاءم معك.
- العمل مع طبيبك (أو واصل دواء آخر) ومطالبة الخطة بعمل استثناء لتغطية الدواء.
 - يمكنك طلب استثناء قبل العام المقبل وسنمنحك الرد خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلبك (أو البيان الداعم من الوصف الخاص بك).
 - لمعرفة ما الذي يتعين عليك فعله لطلب استثناء، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء لعام 2022 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. وتكون المكالمات مجانية.
 - إذا كنت بحاجة للمساعدة في طلب الاستثناء، يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء أو بمدير رعايتك. ارجع إلى الفصل 2 والفصل 3 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد حول كيفية الاتصال بمدير رعايتك.
- اطلب من الخطة تغطية إمداد مؤقت للدواء.
 - في بعض الحالات، سنقوم بتغطية إمداد مؤقت من الدواء خلال أول [90] يومًا من العام التقويمي.
 - يكون هذا الإمداد المؤقت إمدادًا لمدة تصل إلى شهر واحد. (لمعرفة المزيد حول متى يمكنك الحصول على إمداد مؤقت وكيفية المطالبة بإمداد، ارجع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء)
 - عند الحصول على إمداد مؤقت من الدواء، يجب عليك التحدث مع طبيبك لتحديد ما يجب عليك القيام به في حال نفاذ الإمداد المؤقت الخاص بك. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف مغطى في الخطة أو مطالبة الخطة بإجراء استثناء لك وتغطية دوائك الحالي.
 - يتعين إرسال طلبات الاستثناءات المتعلقة بكتيب الوصفات كل عام إلى الخطة.

التغييرات في تكاليف أدوية الوصفات الطبية

هناك مرحلتان للسداد في مقابل تغطية أدوية الوصفات الطبية بالجزء (D) 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 1 مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2 مرحلة التغطية في حالات الكوارث
<p>خلال هذه المرحلة، تسدد الخطة جزءًا من التكاليف الخاصة بأدويةك، وأنت تقوم بسداد حصتك. ويُشار إلى حصتك باسم المشاركة في السداد.</p> <p>تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بصفتك الطبية الأولى للعام.</p>	<p>خلال هذه المرحلة، تسدد الخطة جميع تكاليف أدويةك، حتى تاريخ 31 ديسمبر 2022.</p> <p>تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من التكاليف النثرية.</p>

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية للأدوية الموصوفة إلى **\$7,050**. في هذه المرحلة، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. تغطي الخطة جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك من ذلك الحين وحتى نهاية العام. ارجع إلى الفصل 6 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول مقدار ما تدفعه للأدوية الموصوفة.

D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية الأولية"

خلال مرحلة التغطية الأولية، تدفع الخطة جزءًا من تكلفة أدوية الوصفات الطبية المغطاة الخاصة بك، 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. ستدفع مبلغ المشاركة في السداد عند صرف الوصفة الطبية. إذا كانت تكاليف الدواء ضمن التغطية الخاصة بك أقل من مبلغ المشاركة في السداد، فسوف تدفع السعر الأقل.

لقد نقلنا بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية إلى مستوى أدوية أدنى أو أعلى. إذا 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. وتنطبق هذه المبالغ فقط عندما تكون في مرحلة التغطية الأولية.

2022 (العام المقبل)	2021 (هذا العام)	
<p>تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية.</p>	<p>تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية.</p>	<p>الأدوية في المستوى 1 (الأدوية الجينية المفضلة)</p> <p>تكلفة إمداد لمدة شهر واحد من دواء في المستوى الأول يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة</p>
<p>تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) \$0 أو \$1.35 دولار أو \$3.95 دولارات لكل وصفة طبية.</p>	<p>تبلغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) \$0 أو \$1.30 دولار أو \$3.70 دولارات لكل وصفة طبية.</p>	<p>الأدوية في المستوى 2 (الأدوية الجينية)</p> <p>تكلفة إمداد لمدة شهر واحد من دواء في المستوى 2 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة</p>



2022 (العام المقبل)	2021 (هذا العام)
<p>الأدوية في المستوى 3</p> <p>(الأدوية ذات العلامات التجارية)</p> <p>تكلفة إمداد لمدة شهر واحد من دواء في المستوى 3 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة</p>	<p>تبليغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر (30 يومًا) \$0 أو \$4.00 دولارات أو \$9.85 دولارات لكل وصفة طبية.</p>
<p>الأدوية في المستوى 4</p> <p>(الأدوية غير التابعة لـ Medicare RX/المتاحة بدون وصفة طبية (OTC))</p> <p>تكلفة إمداد لمدة شهر واحد من دواء في المستوى 4 يتم صرفه من صيدلية تابعة للشبكة</p>	<p>تبليغ مشاركتك في السداد نظير تلقي إمداد لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية.</p>

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى **\$7,050**. في هذه المرحلة، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. تغطي الخطة جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك من ذلك الحين وحتى نهاية العام. ارجع إلى الفصل 6 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات بخصوص مقدار ما تدفعه للأدوية الموصوفة.

D4. المرحلة 2: "مرحلة التغطية في حالات الكوارث"

عندما تصل إلى حد التكاليف النثرية البالغ **\$7,050** لأدوية الوصفات الطبية خاصتك، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. ستستمر في مرحلة التغطية في حالات الكوارث حتى نهاية العام التقويمي.

E. كيفية اختيار خطة

E1. 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 Cal MediConnect مختلفة، أو التغيير لخطة Medicare Advantage، أو التغيير إلى Original Medicare، فستبقى تلقائيًا كعضو في خطتنا لعام 2022.

E2. كيفية تغيير الخطط

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



كيفية حصولك على خدمات Medicare

سيكون لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare. وباختيار أحد هذه الخيارات الثلاثة، فإنك تنهي تلقائيًا عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا:

1. يمكنك التغيير إلى ما يلي:

خطة صحية من Medicare، مثل Medicare Advantage 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 مستخدم الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

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

إذا احتجت إلى المساعدة أو مزيد 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](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 خطة أدوية موصوفة منفصلة 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 مستخدم الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا احتجت إلى المساعدة أو مزيد 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](http://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 خطة أدوية وصفات طبية من Medicare منفصلة

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

إذا احتجت إلى المساعدة أو مزيد 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.

كيفية حصولك على خدمات Medi-Cal

إذا تركت خطة Cal MediConnect الخاصة 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 الخاصة بنا، ستحتاج لإخبار Health Care Options (خيارات الرعاية الصحية) عن خطة الرعاية المدارة الخاصة بـ Medi-Cal التي تريد الانضمام إليها. يمكنك الاتصال بقسم Health Care Options (خيارات الرعاية الصحية) على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدم الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.

F. كيفية الحصول على المساعدة

F.1 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 (الهاتف النصي فقط، اتصل برقم 711). يمكننا استقبال مكالماتكم الهاتفية من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. المكالمات على هذه الأرقام مجانية.



قراءة كتيب الأعضاء الخاص بك لعام 2022

يُعد كتيب الأعضاء لعام 2022 وصفاً قانونياً تفصيلياً لمزايا خطتك. إذ يشتمل على كل التفاصيل الخاصة بالمزايا والتكاليف خلال العام المقبل. فهو يوضح حقوقك والقواعد التي تحتاج لاتباعها للحصول على الخدمات وأدوية الوصفات الطبية المغطاة.

سيتوفر كتيب الأعضاء لعام 2022 بحلول 15 أكتوبر. تتوفر نسخة محدّثة من كتيب الأعضاء لعام 2022 بموقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook. ويمكنك أيضاً الاتصال بقسم العناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 لمطابنتنا بإرسال كتيب الأعضاء لعام 2022 عبر البريد.

موقعنا على الويب

يمكنك أيضاً 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).

F2. الحصول على المساعدة من وسيط التسجيل بالولاية

سيقدم لك وسيط التسجيل بالولاية، قسم Health Care Options (خيارات الرعاية الصحية)، المساعدة بشأن التسجيل في خطة صحية تابعة لـ Cal MediConnect. ويمكنه تقديم المساعدة لك أيضاً بشأن إلغاء تسجيلك في خطة Cal MediConnect Plan. يمكنك الاتصال بقسم Health Care Options (خيارات الرعاية الصحية) على الرقم 1844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.

F3. الحصول على المساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds Program

يمكن لبرنامج Cal MediConnect Ombuds Program تقديم المساعدة لك إذا كانت لديك مشكلة مع خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. وتتوفر خدمات أمانة المظالم مجاناً. 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.

F4. الحصول على المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم

يمكنك أيضاً 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 خطة Cal MediConnect والإجابة على أي استفسارات لديك حول تعديل الخطط. لا علاقة لـ HICAP بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يمتلك HICAP مستشارين مدربين في كل مقاطعة، كما تتوفر الخدمات مجاناً. ورقم الهاتف الخاص ببرنامج HICAP هو 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP.



F5. 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 النسي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare

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

يمكنك إيجاد معلومات حول خطط Medicare Advantage المتوفرة في منطقتك باستخدام Medicare Plan Finder على الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج Medicare. (للحصول على معلومات بشأن الخطط، ارجع إلى موقع الويب www.medicare.gov ثم انقر فوق "Find plans" (البحث عن الخطط.))

كتيب 2022 Medicare & You (Medicare وأنت 2022)

يمكنك قراءة كتيب 2022 Medicare & You (Medicare وأنت 2022). يتم إرسال هذا الكتيب خلال فصل الخريف من كل عام بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. ويشتمل الكتيب على ملخص لمزايا برنامج Medicare وحقوقه وإجراءاته الوقائية، فضلاً عن تقديم إجابات للأسئلة المتداولة حول Medicare.

إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من على الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج Medicare (www.medicare.gov) أو من خلال الاتصال على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النسي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

F6. الحصول على مساعدة من دائرة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care)

تضطلع California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا) دائرة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care) (دائرة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا) بمسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم **1-855-905-3825** واستخدام الإجراء المتبع للتظلم لدى خطتك الصحية قبل الاتصال بالدائرة. واستخدام إجراء التظلم هذا لا يحظر حصولك على أي حقوق قانونية محتملة أو تعويضات قد تتوفر لك. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن تظلم ينطوي على حالة طارئة، أو تظلم لم تتم تسويته بصورة مرضية بواسطة خطتك الصحية، أو تظلم لم يُبْت فيه لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك عندئذٍ الاتصال بالدائرة للمساعدة. وقد تكون أيضاً مستحقاً لمراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مستحقاً لمراجعة طبية مستقلة (IMR)، فستوفر لك عملية المراجعة الطبية المستقلة (IMR) مراجعة زبينة للقرارات الطبية المتخذة من قِبل الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية لخدمة أو معالجة مقترحة، إضافةً إلى قرارات التغطية التأمينية الخاصة بالمعالجات ذات الطبيعة التجريبية أو الاستقصائية ونزاعات السداد للحالات الطارئة أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الدائرة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط لأجهزة الاتصال عن بُعد للصم (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.





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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect