

2022

Փոխհատուցման Ապացույց/
Անդամի Ձեռնարկ

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
Los Angeles վարչաշրջան

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը հանդիսանում է Blue Shield Association-ի անկախ լիցենզավորված անձ:
CMC-EOC-LA-AM-1021

blue 
california

Promise Health Plan

Հունվարի 1, 2022թ. – դեկտեմբերի 31, 2022թ.

Ձեր առողջապահության և դեղամիջոցների փոխհատուցումը Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի շրջանակներում

Անդամի ձեռնարկի Ներածություն

Այս ձեռնարկում նկարագրված է, թե ինչ ծառայություններ են մտնում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մեջ մինչև 2022թ.-ի դեկտեմբերի 31-ը: Այն նկարագրում է առողջապահական ծառայությունները, հոգեկան առողջության պահպանման միջոցների (հոգեկան առողջության և պսիխոակտիվ միջոցների հետևանքով առաջացած խանգարումներ) ծառայությունները, դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի հետ կապված ծառայությունները և երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը: Երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը հնարավորություն են տալիս Ձեզ չգնալ վերականգնողական կենտրոն կամ հիվանդանոց, այլ մնալ տանը: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Սա կարևոր իրավաբանական փաստաթուղթ է: Խնդրում ենք, պահեք այն ապահով տեղում:

Cal MediConnect Plan-ն առաջարկվում է Blue Shield of California Promise Health Plan-ի կողմից. Երբ *Անդամի ձեռնարկում* ասվում է «մենք», «մեզ» կամ «մեր», դա նշանակում է Blue Shield of California Promise Health Plan-ը: Երբ ասվում է «ծրագիրը» կամ «մեր ծրագիրը», նշանակում է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը:

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 pm., 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.

繁體中文 (Chinese): 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.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրելի 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.

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。

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.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਸਾਵਧਾਨ: 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 ਫ਼ੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

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 hnub hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

हिंदी (Hindi): ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।

ภาษาไทย (Thai): เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

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

ພາສາລາວ (Laotian): ສິ່ງສໍາຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

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.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



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.

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթը այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ մեծ տպագիր, բրայլյան և/կամ աուդիո: Չանգահարե՛ք 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է:

- Այս փաստաթուղթը անգլերենից այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում կարող եք ձեռք բերել մշտական հայցով: Դիմում ներկայացնելու նպատակով, խնդրում ենք դիմել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որը հետագա հաղորդակցությունների համար ֆայլով կպահի ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը: Ձեր նախընտրության վերաբերյալ որևէ թարմացում կատարելու համար դիմեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին:



2022թ.Անդամի ձեռնարկ - Բովանդակություն

Գլուխների և էջահամարների այս ցուցակը Ձեր ելակետն է: Ձեզ անհրաժեշտ տեղեկությունները գտնելու համար գնացեք տվյալ գլխի առաջին էջ: **Յուրաքանչյուր գլխի սկզբում Դուք կգտնեք թեմաների մանրամասն ցանկը:**

Բովանդակություն

Գլուխ 1. Սկսել աշխատանքը, որպես մասնակից.....	7
Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և տեղեկատվական ռեսուրսներ.....	20
Գլուխ 3. Ծրագրի ծառայությունների օգտագործումը ձեր բուժօգնության և այլ ծառայությունների համար.....	42
Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ.....	68
Գլուխ 5. Ձեր՝ ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի ստացում ծրագրի միջոցով.....	130
Գլուխ 6. Որքա՞ն էք վճարելու Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար.....	150
Գլուխ 7. Ինչպե՞ս դիմել Ձեր ստացած փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի վճարումը կատարելու կամ այն կիսելու համար:	164
Գլուխ 8. Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները.....	170
Գլուխ 9. Ի՞նչ պետք է անեք, եթե խնդիր կամ դժգոհություն ունեք(փոխհատուցման որոշումները, բողոքարկումները, դժգոհությունները)	191
Գլուխ 10. Ձեր անդամակցության ավարտը մեր Cal MediConnect ծրագրում.....	253
Գլուխ 11. Իրավական ծանուցումներ.....	264
Գլուխ 12. Կարևոր բառերի սահմանումները	270

Նախազգուշացումներ

- ❖ Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագրային հիմունքներով աշխատում է Medicare և Medi-Cal ծրագրերի հետ՝ այդ երկուսի նպաստները համատեղելով ընդգրկված անդամների համար:
- ❖ Blue Shield of California Promise Health Plan-ի փոխհատուցումը հանդիսանում է որակավորված առողջապահական ծածկույթ, որը կոչվում է «նվազագույն հիմնական ծածկույթ»: Այն բավարարում է Հիվանդների պաշտպանության և Հասանելի խնամքի

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



ակտի (ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջը: Այցելե՛ք Ներքին եկամուտների ծառայության (IRS) կայքը՝ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջի մասին լրացուցիչ տեղեկության համար:



Գլուխ 1. Սկսել աշխատանքը, որպես մասնակից

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է տեղեկատվություն Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մասին. առողջապահական ծրագիր, որը ներառում է Ձեր բոլոր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններն ու Ձեր անդամակցությունը: Այն նաև պատմում է Ձեզ, թե ինչ ակնկալիք կունենաք և ինչ այլ տեղեկություններ եք ստանալու Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Բարի գալուստ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	9
B. Արդի տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին:	9
B1. Medicare	9
B2. Medi-Cal.....	9
C. Այս ծրագրի առավելությունները	10
D. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի սպասարկման տարածք	11
E. Ի՞նչն է Ձեզ իրավասություն տալիս լինել ծրագրի անդամ	11
F. Ի՞նչ կարելի է ակնկալել, երբ առաջին անգամ առողջապահական ծրագրի մեջ եք մտնում.....	12
G. Ձեր Բուժօգնության թիմը և Բուժօգնության ծրագիրը	13
G1. Բուժօգնության թիմ.....	13
G2. Բուժօգնության ծրագիր	14
H. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ամսական ծրագրի պրեմիում	14
I. <i>Անդամի ձեռնարկ</i>	14
J. Այլ տեղեկություններ, որոնք Դուք կստանաք մեզանից.....	14
J1. Ձեր Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի ID քարտը.....	15

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



J2. Ծառայություն մատուցողների և դեղատեսերի գրացուցակ.....	15
J3. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ	17
J4. Բացատրություն նպաստների վերաբերյալ	17
K. Ինչպե՞ս կարող եք Ձեր անդամագրության գրանցման տվյալները արդի պահել:.....	18
K1. Անձնական առողջության մասին տեղեկատվության գաղտնիությունը (PHI)	19



A. Բարի գալուստ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը Cal MediConnect ծրագիր է: Cal MediConnect ծրագիրը բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատոներից, երկարատև ծառայություններ մատուցողներից և աջակցում տրամադրողներից, հոգեկան առողջության պահպանման և այլ ծառայություն մատուցողներից բաղկացած կազմակերպություն է: Այն նաև ունի խնամքի համակարգողներ և բուժօգնության թիմ, որոնք կօգնեն Ձեզ ծառայություն մատուցողների և ծառայությունների հետ կապված հարցերում: Նրանք բոլորը համատեղ աշխատում են Ձեզ անհրաժեշտ բուժօգնությունը ցուցաբերելու համար:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը հաստատված է Կալիֆորնիայի և Medicare-ի ու Medicaid-ի Ծառայությունների (CMS) կենտրոնների կողմից որպես Cal MediConnect-ի մի մաս՝ Ձեզ ծառայություններ տրամադրելու համար:

Cal MediConnect-ը ցուցադրական ծրագիր է, որը համատեղ վերահսկվում է Կալիֆորնիայի և Ֆեդերալ կառավարության կողմից՝ նպատակ ունենալով տրամադրել ավելի լավ ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր ունեն և Medicare, և Medi-Cal: Այս ցուցադրական ծրագրի շրջանակներում նահանգային և ֆեդերալ կառավարությունը ցանկանում է փորձարկել Medicare և Medi-Cal ծառայությունների տրամադրման նոր և բարելավված եղանակներ:

B. Արդի տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին:

B1. Medicare

Medicare-ը ֆեդերալ առողջության ապահովագրման ծրագիր է հետևյալ դասակարգի մարդկանց համար՝

- 65 տարեկան և ավելի մեծ տարիքով մարդկանց համար,
- Որոշակի հաշմանդամություն ունեցող 65 տարեկանից ցածր որոշ մարդիկ, և
- Վերջին փուլի երիկամային հիվանդությամբ մարդկանց համար (երիկամային անբավարարվածություն):

B2. Medi-Cal

Medi-Cal-ը Կալիֆորնիայի Medicaid ծրագրի անունն է: Medi-Cal-ը կառավարվում է պետության կողմից և վճարվում նահանգային և ֆեդերալ կառավարության կողմից: Medi-Cal-ն օգնում է սահմանափակ եկամտով և միջոցներով մարդկանց վճարել երկարատև ծառայությունների և աջակցման (LTSS) համար և հոգ տանում բժշկական ծախսերի համար: Այն վճարում է լրացուցիչ ծառայությունների և դեղամիջոցների համար, որոնք չեն մտնում Medicare-ի մեջ:

Յուրաքանչյուր նահանգ որոշում է՝

- ինչն է հաշվարկվում որպես եկամուտ և ռեսուրս,

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- ով է որակավորվում,
- ինչ ծառայություններ են փոխհատուցվում, **և**
- ծառայությունների արժեքը:

Նահանգները կարող են որոշել, թե ինչպես պետք է վարվեն իրենց ծրագրերը, քանի դեռ նրանք հետևում են դաշնային կանոններին:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը հաստատվել է Medicare-ի և California-ի կողմից: Մեր ծրագրի միջոցով Դուք կարող եք ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայությունները քանի դեռ՝

- Մենք ընտրում ենք առաջարկել ծրագիրը, **և**
- Medicare-ն ու Կալիֆորնիայի նահանգը թույլ են տալիս մեզ առաջարկել այս ծրագիրը:

Նույնիսկ, եթե մեր ծրագիրը դադարեցնի իր գործունեությունը հետագայում, դա չի ազդի Ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունների վրա:

C. Այս ծրագրի առավելությունները

Այժմ Դուք կարող եք ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մեջ մտնող ծառայությունները Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, այդ թվում նաև դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցները:

Այս առողջապահական ծրագրին միանալու համար Ձեզանից լրացուցիչ ծախսեր չեն պահանջվելու:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կօգնի, որպեսզի Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները ավելի արդյունավետ լինեն միասին և ավելի լավ ծառայեն Ձեր կարիքներին: Առավելությունների թվում են նաև՝

- Դուք կկարողանաք աշխատել **մեկ** առողջապահական ծրագրի հետ Ձեր **բոլոր** առողջության ապահովագրության կարիքների համար:
- Դուք կունենաք բուժօգնության թիմ, որը կօգնի Ձեզ սպասարկման հարցում: Ձեր բուժօգնության թիմի մեջ կարող եք նաև ներառվել Դուք ինքներդ, Ձեր խնամակալը, բժիշկները, բուժքույրերը, խորհրդատուները և այլ բուժաշխատողներ:
- Դուք միտք կունենաք խնամքի համակարգողին: Սա այն անձն է, ով աշխատում է Ձեզ հետ, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի և Ձեր բուժօգնության թիմի հետ՝ աջակցելով բուժօգնության ծրագրի իրականացմանը:
- Դուք հնարավորություն կունենաք Ձեր բուժօգնության թիմի և խնամքի համակարգողի օգնությամբ ուղղորդել Ձեր սեփական բուժօգնությունը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Բուժօգնության թիմը և ինսամբի համակարգողը կաշխատեն Ձեզ հետ՝ փորձելով հանդես գալ ինսամբի ծրագրով, որը հատուկ մշակված է Ձեր առողջական կարիքները բավարարելու համար: Բուժօգնության թիմը կօգնի կոորդինացնել Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները: Սա նշանակում է, օրինակ՝
 - Բուժօգնության թիմը հոգ կտանի, որպեսզի ձեր բժիշկները տեղեկացված լինեն Ձեզ անհրաժեշտ դեղամիջոցների մասին, որպեսզի ճիշտ դեղամիջոցներ նշանակեն Ձեզ, և այսպիսով նվազեցնելով բոլոր հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները:
 - Բուժօգնության թիմը հոգ կտանի, որպեսզի Ձեր անալիզների պատասխանները ուղարկվեն բոլոր բժիշկներին և այլ ծառայություն մատուցողներին:

D. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի սպասարկման տարածք

Մեր սպասարկման տարածքը ներառում է Կալիֆորնիայի հետևյալ վարչաշրջանները՝ Լոս Անջելես

Միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ կարող են միանալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին:

Եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս բնակավայր, Դուք չեք կարող մնալ այս ծրագրի մեջ: Մեր սպասարկման տարածքից դուրս բնակավայր տեղափոխվելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 8-ը: Դուք պետք է կապվեք Ձեր տեղական վարչաշրջանի իրավասությունը սահմանող աշխատակցի հետ՝

Լոս Անջելեսի վարչաշրջան Հանրային սոցիալական ծառայությունների վարչություն (DPSS) Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն	ՉԱՆԳԱՅԱՐԵ՛Ք՝ 1-866-613-3777: Այս զանգն անվճար է: TTY՝ 711 Ժամեր՝ 7:30 - 17:30, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ բացի տոն օրերից:
---	--

E. Ի՞նչն է Ձեզ իրավասություն տալիս լինել ծրագրի անդամ

Դուք իրավունք ունեք մտնելու մեր ծրագրի մեջ, եթե՝

- Բնակվում եք մեր սպասարկման տարածքում, **և**
- Անդամագրության ժամանակ 21 տարեկան կամ ավելի մեծ եք, **և**

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Ունեք Medicare-ի Մաս A-ն և Medicare-ի Մաս B-ն, **և**
- Ներկայումս իրավասու եք Medi-Cal-ի համար, **և**
- Միացյալ Նահանգների քաղաքացի են կամ օրինական են գտնվում Միացյալ Նահանգներում:

Հնարավոր է, Ձեր վարչաշրջանում լինեն իրավասության լրացուցիչ օրենքներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, զանգահարե՛ք Հաճախորդի խնամքի կենտրոն:

F. Ի՞նչ կարելի է ակնկալել, երբ առաջին անգամ առողջապահական ծրագրի մեջ եք մտնում

Առաջին անգամ ծրագրի մեջ մտնելիս՝ առաջիկա 45-90 օրվա ընթացքում Դուք կստանաք առողջության հետ կապված վտանգների գնահատման թերթիկը (HRA):

Մենք պետք է լրացնենք HRA-ը Ձեզ համար: Այս HRA-ը հիմք կհանդիսանա Ձեր բուժման անհատական ծրագիրը մշակելու համար (ICP): HRA-ում ներառված կլինեն հարցեր Ձեր բժշկական, LTSS և հոգեկան առողջության պահպանման ու գործնական կարիքների վերաբերյալ:

HRA-ը լրացնելու համար մենք կկապվենք Ձեզ հետ: HRA-ը կարող է լրացվել դեմ-առ-դեմ հանդիպման, հեռախոսային զանգի կամ փոստային նամակի միջոցով:

Մենք Ձեզ կուղարկենք լրացուցիչ տեղեկություններ HRA-ի վերաբերյալ:

Եթե **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan**-ը նորություն է Ձեզ համար, ապա Դուք կարող եք որոշակի ժամանակ շարունակել այցելել Ձեր բժիշկներին, ում այցելում եք հիմա: Դուք կարող եք գրանցման պահից հաշված մինչև 12 ամիս, եթե համապատասխանեք հետևյալ բոլոր պայմաններին՝

- Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ ծառայություն մատուցողը մեզ անմիջական հարցում ներկայացնի, որպեսզի շարունակեք այցելել Ձեր ներկայիս ծառայություն մատուցողին:
- Մենք կարող ենք ցույց տալ Ձեր կապը առաջնային բժշկի կամ նեղ մասնագիտությամբ բժշկի հետ՝ որոշակի բացառություններով: Երբ մենք ասում ենք առկա հարաբերություններ, այն նշանակում է, որ Դուք այցելել եք ցանցից դուրս մատակարարի առնվազն մեկ անգամ ոչ-վթարային այցի ընթացքում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ում 12 ամիս նախնական ընդգրկվածության օրվանից առաջ:
 - Մենք կորոշենք առկա կապը՝ ստուգելով մեզ հասանելի տեղեկությունները կամ այն տեղեկությունը, որը կտրամադրեք մեզ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Մենք կարող ենք 30 օրվա ընթացքում պատասխանել Ձեր հարցմանը: Կարող եք նաև դիմել արագ պատասխանի համար և մենք կպատասխանենք 15 օրվա ընթացքում:
- Մենք պատասխանելու համար ունենք 3 օրացուցային օր, եթե կա վտանգ, որ Ձեր առողջությանը վնաս կհասցվի Ձեր խնամքի ընդհատման պատճառով:
- Խնդրանքի դեպքում Դուք կամ Ձեր ծառայություն մատուցողը պետք է տրամադրեք Ձեր առկա կապը հաստատող փաստաթղթեր և համաձայնվեք որոշակի պայմաններին:

Նկատի առեք. Դուք **չեք կարող** հարցում ներկայացնել Երկարատև օգտագործվող բժշկական սարքավորումների (DME), փոխադրամիջոցի, այլ օժանդակ ծառայությունների համար կամ Cal MediConnect-ի մեջ չընդգրկված այլ ծառայությունների համար:

Բուժօգնության ժամանակահատվածի ավարտից հետո Դուք պետք է այցելեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ցանցային բժիշկներին և այլ ծառայություն մատուցողներին, որոնք առնչվում են Ձեր առաջնային բուժօգնության խմբի հետ, մինչև մենք կպայմանավորվենք Ձեր ցանցից դուրս բժշկի հետ: Ցանցային ծառայություններ մատուցողը այն ծառայություն մատուցողն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Բժշկական խումբը կամ անկախ բժիշկների ասոցիացիան (IPA) կազմակերպություն է, որը կազմավորվել է Կալիֆորնիայի օրենսդրության ներքո, որը համագործակցում է առողջապահական ծրագրերի հետ՝ առողջապահական ծրագրի անդամներին բուժօգնության ծառայություններ տրամադրելու կամ այդ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Բժշկական խումբը կամ IPA-ն առաջնային բուժօգնություն տրամադրող բժիշկների և մասնագետների ասոցիացիա է, որը ստեղծվել է համակարգված առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար: Բուժօգնություն ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Գլուխ 3:

G. Ձեր Բուժօգնության թիմը և Բուժօգնության ծրագիրը

G1. Բուժօգնության թիմ

Օգնության կարիք ունե՞ք Ձեր անհրաժեշտ բուժօգնությունը ստանալու համար: Բուժօգնության թիմը կօգնի Ձեզ այդ հարցում: Բուժօգնության թիմի մեջ կարող են մտնել Ձեր բժիշկը, խնամքի համակարգողը կամ այլ անձ, ում կընտրեք:

Խնամքի համակարգողը հատուկ մասնագիտացված մարդ է, որը օգնում է Ձեզ կազմակերպել բուժօգնության գործընթացը: Երբ գրանցվեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մեջ, Ձեզ կնշանակեն մեկ խնամքի համակարգող: Նա նաև կուղղորդի Ձեզ համայնքային ռեսուրսներին, եթե Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը չտրամադրի Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները:

Խնամքի թիմին հարցեր տալու համար կարող եք զանգահարել մեզ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 - 20:00 շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



G2. Բուժօգնության ծրագիր

Ձեր բուժօգնության թիմը կօգնի Ձեզ հետևելու բուժօգնության ծրագրին: Բուժօգնության ծրագիրը տեղեկացնում է Ձեզ ու Ձեր բժիշկներին՝ թե ինչ ծառայություններ են Ձեզ հարկավոր և, թե ինչպես կարող եք դրանք ստանալ: Դրանց մեջ մտնում են Ձեր բժշկական, մտավոր առողջության և LTSS-ի կարիքները: Ձեր բուժօգնության ծրագիրը կազմվելու է անհատապես Ձեզ և Ձեր կարիքների համար:

Ձեր բուժօգնության ծրագիրը ներառելու է՝

- Ձեր առողջապահական նպատակները:
- Ծառայությունները ստանալու համար սահմանված ժամագիծը:

Ձեր առողջության հետ կապված վտանգների գնահատումից հետո Դուք կհանդիպեք Ձեր բուժօգնության թիմի հետ և կգրուցեք Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունների և դրանք մատուցելու մասին: Նրանք կգրուցեն Ձեզ հետ՝ Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունների մասին: Նաև կտեղեկացնեն Ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնք հնարավոր է հետագայում անհրաժեշտ լինեն Ձեզ: Ձեր բուժօգնության ծրագիրը հիմնված է լինելու Ձեր կարիքների վրա: Տարին առնվազն մեկ անգամ Ձեր բուժօգնության թիմը Ձեզ հետ միասին կթարմացնի Ձեր բուժօգնության ծրագիրը:

H. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ամսական ծրագրի պրեմիում

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ն ամսական ծրագրի պրեմիում չունի:

I. Անդամի ձեռնարկ

Այս *Անդամի ձեռնարկը* is հանդիսանում է Ձեզ հետ ունեցած պայմանագրի մասը: Սա նշանակում է, որ մենք պետք է հետևենք այս փաստաթղթի բոլոր կանոններին: Եթե կարծում եք, որ մենք արել ենք մի բան, որը հակասում է այդ կանոններին, կարող եք դիմել կամ բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկման մասին տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Գլուխ 9, Բաժին D, կամ զանգահարե՛ք՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):

Կարող եք դիմել *Անդամի ձեռնարկ* ստանալու համար՝ զանգահարելով Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր: *Անդամի ձեռնարկը* կարող եք նաև գտնել հետևյալ հասցեով՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կամ կարող եք ներբեռնել այն այս կայքից:

Պայմանագիրն ուժի մեջ է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ում Ձեր անդամագրվելու ամիսների ընթացքում՝ 2022թ.-ի հունվարի 1-ից մինչև 2022թ.-ի դեկտեմբերի 31:

J. Այլ տեղեկություններ, որոնք Դուք կստանաք մեզանից

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Դուք արդեն պետք է ստացած լինեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի ID քարտը, *Ծառայություն մատուցողների և դեղատոմսերի գրացուցակից* օգտվելու վերաբերյալ տեղեկությունները և տեղեկություն, թե ինչպես մուտք գործել *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ*:

J1. Ձեր Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի ID քարտը

Մեր ծրագրի շրջանակներում Դուք կունենաք մեկ քարտ Ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունների համար, այդ թվում նաև երկարատև ծառայությունների և աջակցման, հոգեկան առողջության պահպանման որոշ ծառայությունների և դեղատոմսերի: Այս քարտը պետք է ցույց տաք ծառայություններ կամ դեղատոմսեր ստանալիս: Ահա Ձեր քարտի նմուշը՝

 Promise Health Plan		PLAN NAME LINE 1 LINE 2 LINE 3
Member Name: MEMBER NAME LINE 1 MEMBER NAME LINE 2		Website: www.blueshieldca.com/promise Customer Care (855) 905-3825 (TTY: 711) Nurse Help Line (800) 609-4166 Transportation (877) 433-2178 Pharmacy Help Desk (888) 970-0933 Behavioral Health (855) 765-9701 (TTY: 711) Submit Rx Claims to: Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072 Submit Medical Claims to: Blue Shield of California Promise Health Plan P.O. Box 272660 Chico, CA 95927 This member has limited access to services outside of the plan service area and outside of California. Members as members of a PIP or go to the nearest ER. Providers: Please bill claims with your local CBS license in whose service area the member received services. CA Providers: Bill claims with the local CBS license in whose service area the member received services. P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072. Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association.
Member ID: AMPJ12345678 Effective Date: 01/01/2020		
PCP: PCP NAME LINE 1 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP NAME LINE 2 PCP/SPC/ER: \$0/\$0/\$0 PCP NAME LINE 3 RxBIN: RXBIN PCP Ph: (555) 123-4567 RxPCN: RXPCN CMS ID: H0148-PBP		
IPA NAME LA LINE 1 IPA NAME LA LINE 2		
		

Ձեր Cal MediConnect քարտը վնասվելու, կորցնելու կամ գողացվելու դեպքում անմիջապես զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն և մենք կուղարկենք նորը: Կարող եք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Քանի դեռ Դուք հանդիսանում եք մեր ծրագրի անդամը, կարիք չկա, որ օգտագործեք Ձեր Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կարմիր, սպիտակ և կապույտ քարտը՝ Cal MediConnect-ի ծառայությունները ստանալու համար: Պահեք այդ քարտերը ապահով տեղում, հնարավոր է հետագայում Ձեզ պետք գան: Եթե Դուք ցույց եք տալիս Ձեր Medicare քարտը Ձեր Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի ID քարտի փոխարեն, ապա պրովայդերը կարող է Medicare-ին հաշիվ նարկայացնի մեր ծրագրի փոխարեն, և Դուք կարող եք ստանալ հաշիվ: Անցե՛ք՝ Գլուխ 7, Բաժին A-ն իմանալու համար, թե ինչ անել եթե Դուք մատակարարից հաշիվ եք ստանում:

Խնդրում ենք հիշել, որ հոգեկան առողջության հատուկ ծառայությունները ստանալու համար, որոնք հնարավոր է Դուք ստանում եք վարչաշրջանի հոգեկան առողջական ծրագրի կողմից (MHP), Ձեզ հարկավոր կլինի Medi-Cal-ի քարտը:

J2. Ծառայություն մատուցողների և դեղատոմսերի գրացուցակ

Ծառայություն մատուցողների և դեղատոմսերի գրացուցակում թվարկված են Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ցանցում ներառված ծառայություն մատուցողները և դեղատոմսերը: Քանի դեռ Դուք մեր ծրագրի անդամ եք, Դուք պետք է օգտվեք ցանցային ծառայություն

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

մատուցողներից: Առաջին անգամ մեր ծրագրի մեջ մտնելիս՝ գոյություն ունեն որոշ բացառություններ (անցե՛ք էջ 43):

Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակը կարող եք խնդրել՝ զանգահարելով Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր: **Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակը** կարող եք նաև գտնել անցնելով հետևյալ հասցեով՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կամ կարող եք ներբեռնել այն այս կայքից:

Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակում թվարկված են առողջապահության ոլորտի մասնագետներ (ինչպիսիք են՝ բժիշկներ, բուժքույրեր և հոգեբաններ), հարմարություններ (օրինակ, հիվանդանոցներ կամ կլինիկաներ) և աջակցության պրովայդերներ (ինչպիսիք են՝ Adult Day Health and Home Health պրովայդերները), ում կարող եք տեսնել որպես Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամ: Մենք նաև մատնանշում ենք դեղատները, որոնք կարող եք օգտագործել դեղատոմսով դեղեր ձեռք բերելու համար: Ուղեցույցը նաև տրամադրում է որոշ տեղեկություններ հետևյալի մասին՝

- Երբ ուղեգրեր են անհրաժեշտ, տեսնել այլ պրովայդերներ, մասնագետներ կամ հարմարություններ և
- Ինչպե՞ս ընտրել բժիշկ և,
- Ինչպե՞ս փոխել Ձեր բժշկին, և
- Ինչպե՞ս գտնել բժիշկներ, մասնագետներ, դեղատներ կամ հարմարություններ Ձեր տարածքում և/կամ բժշկական խմբում/IPA, և
- Ինչպե՞ս մուտք գործել Երկարատև ծառայություններ ու աջակցում (LTSS), Տնային Աջակցման Ծառայությունների (IHSS) կամ Մեծահասակների Ունիվերսալ Ծառայությունների Ծրագրից (MSSP) և
- Տեղեկատվություն, թե ինչպես մուտք գործել փոստի ծառայություն, տնային ներարկման կամ երկարաժամկետ բուժհաստատությունների մասին:

Ցանցի մատակարարների սահմանում

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ցանցի պրովայդերներն ընդգրկում են՝
 - Բժիշկները, բուժքույրերը և այլ բուժաշխատողները, որոնց Դուք կարող եք դիմել որպես մեր ծրագրի անդամ,
 - Կլինիկաները, հիվանդանոցները, բուժօգնության և այլ հաստատությունները, որոնք մեր ծրագրի շրջանակներում մատուցում են առողջապահական ծառայություններ, և
 - LTSS, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները, տնային առողջապահության գործակալությունները, բժշկական սարքավորումների մատակարարները և այլ հաստատություններ, որոնք մատուցում են

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



ապրանքներ ու ծառայություններ, որոնք սովորաբար ստանում եք Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով:

Ցանցային ծառայություն մատուցողները իրենց մատուցած համապատասխան ծառայությունների համար վճարումը ստանալու են մեր ծրագրի կողմից՝ մեկ ամբողջական վճարման ձևով:

Ցանցի դեղատների սահմանում

- Ցանցային դեղատները դա այն դեղատներն են, որոնք դեղատոմսեր են դուրս գրելու մեր ծրագրի անդամներին: *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակից* կարող եք գտնել Ձեզ համապատասխան ցանցային դեղատունը:
- Բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքերից, Դուք պետք է Ձեր դեղատոմսերը ստանաք մեր ցանցային դեղատներից մեկում, եթե ուզում եք, որ դրանց դիմաց վճարումը կատարվի մեր ծրագրի կողմից:

Լրացուցիչ տեղեկության համար զանգահարե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հաճախորդների խնամքի կենտրոնը և Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կայքը կարող են տրամադրել ձեզ արդի տեղեկություններ մեր ցանցի դեղատների և ծառայություն մատուցողների ցանկում տեղի ունեցած փոփոխությունների վերաբերյալ:

J3. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ

Ծրագիրն ունի *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ*: Այն համառոտ կոչվում է «Դեղերի ցանկ»: Այնտեղ ներկայացված են դեղատոմսով դուրս գրվող այն դեղամիջոցները, որոնք մտնում են Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մեջ:

Դեղերի ցանկում ներկայացված են նաև դեղերի վերաբերյալ կանոնները կամ սահմանափակումները, ինչպես օրինակ՝ Ձեզ հասանելիք քանակի վերաբերյալ սահմանաչափը: Այս կանոնների և սահմանափակումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Գլուխ 5 , Բաժին C:

Ամեն տարի Դուք կստանաք տեղեկություններ, թե ինչպես կարելի է օգտագործել Դեղերի ցանկը, սակայն որոշ փոփոխություններ կարող են տեղի ունենալ տարվա ընթացքում: Ծառայության մեջ ընդգրկված դեղամիջոցների վերաբերյալ արդի տեղեկություններ ստանալու համար այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect հասցեով կամ զանգահարե՛ք՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

J4. Բացատրություն նպաստների վերաբերյալ

Երբ Դուք օգտվեք Մաս D-ում նկարագրված դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի նպաստներից, մենք կուղարկենք ամփոփ հաշվետվությունը, որը Ձեզ կօգնի հասկանալ և հետևել Մաս D-ում նկարագրված դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար կատարած վճարումներին: Այս ամփոփումը կոչվում է *Բացատրություն նպաստների վերաբերյալ (EOB)*:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Բացատրությունն նպաստների վերաբերյալ թերթիկում ներկայացված կլինի ընդհանուր գումարը, որը Դուք կամ այլոք Ձեր անունից, ծախսել են Մաս D-ում նկարագրված դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար և ընդհանուր գումարը, որը մենք վճարել ենք ամսվա ընթացքում Մաս D-ում նկարագրված Ձեր յուրաքանչյուր դեղի համար: EOB-ն ավելի շատ տեղեկություններ ունի Ձեր ընդունած դեղերի վերաբերյալ, ինչպիսիք են գնի բարձրացումը և այլ դեղամիջոցներ, որոնց հետ կապված կարող են լինել ավելի ցածր ծախսերի համաօգտագործում: Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի հետ՝ ավելի ցածր գնով տարբերակների վերաբերյալ: Գլուխ 6-ում ավելի հանգամանորեն է ներկայացված Բացատրությունն նպաստների վերաբերյալ բաժինը, ինչպես նաև, թե ինչպես կարող եք հետևել Ձեր դեղամիջոցների դուրս գրման ընթացքին:

Դուք կարող եք նաև ստանալ Բացատրությունն նպաստների վերաբերյալ ամփոփումը ըստ պահանջի: Պատճեն ստանալու համար կարող եք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

K. Ինչպե՞ս կարող եք Ձեր անդամագրության գրանցման տվյալները արդի պահել:

Ձեր անդամագրության տվյալները կարող եք միշտ թարմացնել՝ տեղեկացնելով մեզ, երբ Ձեր տեղեկությունները փոխվում են:

Ծրագրի ծառայությունն մատուցողները և դեղատները պետք է իմանան Ձեր ստույգ տվյալները: **Ձեր անդամագրության տվյալները օգտագործվում են նրանց կողմից, որպեսզի իմանան, թե ինչ ծառայություններ և դեղամիջոցներ եք Դուք ստանում և, թե որքան կարժեքն ունի դրանք Ձեզ համար:** Այդ իսկ պատճառով, շատ կարևոր է, որպեսզի Դուք արդի պահեք Ձեր տվյալները:

Հայտնեք մեզ հետևյալ տեղեկությունները՝

- Եթե Ձեր անունը, հասցեն կամ հեռախոսահամարը փոխվում են:
- Եթե տեղի են ունենում որոշ փոփոխություններ Ձեր առողջության ապահովագրության այլ ծառայությունների մեջ, ինչպես օրինակ՝ Ձեր գործատուից, Ձեր ամուսնու գործատուից, Ձեզ հետ համատեղ ապրող ընկերոջ գործատուից կամ աշխատողներից ստացվող փոխհատուցման մեջ:
- Եթե Դուք որևէ ապահովագրական հայց եք ներկայացրել, օրինակ՝ ավտովթարի հետ կապված հայց:
- Եթե Դուք ընդունվել եք որևէ բուժարան կամ հիվանդանոց:
- Եթե բուժօգնություն եք ստանում հիվանդանոցում կամ շտապ բուժօգնության կենտրոնում:
- Եթե Ձեր խնամակալը (կամ ձեզ համար պատասխանատու անձը) փոխվում է:
- Եթե Դուք ներգրավված եք որևէ կլինիկական հետազոտության մեջ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Տեղեկությունների փոփոխության դեպքում խնդրում ենք տեղեկացնել մեզ՝ զանգահարելով
Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711),
8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

K1. Անձնական առողջության մասին տեղեկատվության գաղտնիությունը (PHI)

Ձեր անդամագրության արձանագրության վերաբերյալ տեղեկատվությունը կարող է ներառել
անձնական առողջության մասին տեղեկություն (PHI): Պետական և դաշնային օրենքները
պահանջում են, որ մենք պահենք Ձեր PHI- ի գաղտնիությունը: Մենք համոզված ենք, որ Ձեր
PHI-ն պաշտպանված է: Լրացուցիչ մանրամասների համար, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում
Ձեր PHI-ն անցե՛ք Գլուխ 8-ի, Բաժին C:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և տեղեկատվական ռեսուրսներ

Ներածություն

Այս գլուխը Ձեզ հնարավորություն է տալիս կոնտակտային տեղեկատվություն ստանալու համար կարևոր միջոցներ, որոնք կօգնեն Ձեզ պատասխանել Ձեր Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի և Ձեր առողջապահական նպաստների վերաբերյալ հարցերին: Դուք կարող եք նաև օգտագործել այս գլուխը տեղեկատվություն ստանալու համար, թե ինչպես դիմել Ձեր ինսամքի Նավատորատոր և ուրիշներին, որոնք կարող են պաշտպանել Ձեր անունից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ինչպե՞ս կապվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ.....	22
A1. Ե՞րբ կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ.....	22
B. Ինչպե՞ս կապվել Ձեր ինսամքի համակարգողի հետ.....	26
B1. Ե՞րբ դիմել Ձեր ինսամքի համակարգողին.....	27
C. Ինչպե՞ս կապվել Բուժքույրների խորհրդատվության թեժ գծի հետ.....	28
C1. Ինչպե՞ս կապվել Բուժքույրների խորհրդատվության թեժ գծի հետ.....	28
D. Ինչպե՞ս կապվել Հոգեկան առողջության պահպանման թեժ գծի հետ.....	29
D1. Ինչպե՞ս կապվել Հոգեկան առողջության պահպանման թեժ գծի հետ	29
E. Կարո՞ղ եք նաև զանգահարել Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP).....	31
E1. Ե՞րբ կապվել HICAP-ի հետ.....	31
F. Ինչպե՞ս կապվել Որակի բարելավման կազմակերպության հետ (QIO)	32
F1. Ե՞րբ կապվել Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)-ի հետ:	32
G. Ինչպե՞ս կապվել Medicare-ի հետ.....	33
H. Ինչպե՞ս կապվել Medi-Cal-ի Health Care Options.....	34

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



I. Ինչպե՞ս կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ.....	35
J. Ինչպե՞ս կապվել Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների հետ.....	36
K. Ինչպե՞ս կապվել Ձեր Վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ.....	37
K1. Վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ կարող եք կապվել հետևյալ հարցերով.....	37
L. Ինչպե՞ս կապվել California-ի կառավարվող բուժօգնության վարչություն (California Department of Managed Health Care)	38
M. Այլ տեղեկատվական ռեսուրսներ	39
Ինչպե՞ս կապվել Լոս Անջելեսի շրջանի Ծերերի տարածքային գրասենյակի հետ.....	39
Ինչպե՞ս կապվել Լոս Անջելեսի շրջանի Տարածաշրջանային կենտրոնների հետ.....	40
Ինչպե՞ս կապվել Լոս Անջելեսի շրջանի հարևանության իրավաբանական ծառայությունների կենտրոնի հետ.....	41



A. Ինչպե՞ս կապվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-855-905-3825 Չանգն անվճար է: Ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Այս տեղեկություններն անվճար կարող եք ստանալ նաև այլ ձևաչափերով՝ մեծ տառերով, բրեյլյան և/կամ աուդիո տարբերակներով՝ զանգահարելով վերը նշված հեռախոսահամարով: Մենք տրամադրում ենք թարգմանչի անվճար ծառայություններ անգլերեն չիմացող մարդկանց համար:
TTY	711 Չանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք: Ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր:
ՀԱՍՑԵ՝	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
ՎԵԲԿԱՅԵ	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. Ե՞րբ կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ

- Ծրագրի հետ կապված հարցերով
- Հայցերի, վճարումների կամ Անդամի ID քարտերի հետ կապված հարցերով
- Ձեր բուժօգնությանն առնչվող որոշումների հարցերով
 - Ձեր բուժօգնության ծառայությունների վերաբերյալ որոշումը դա՝
 - Ձեր նպաստները և ծրագրի մեջ ընդգրկված ծառայություններն են **կամ**
 - Ձեր առողջապահական ծառայությունների համար մեր կողմից վճարվող գումարը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Չանգահարե՛ք մեզ, եթե հարցեր ունեք Ձեր բուժօգնության ծառայությունների վերաբերյալ որոշման հետ կապված:
- Ծածկույթի որոշումների մասին ավելին իմանալու համար անցե՛ք 9-րդ գլխի, Բաժին D:
- Ձեր բուժօգնությանն առնչվող բողոքարկումների հարցերով
 - Բողոքարկումը մեր կայացրած որոշումը վերանայելու և այն փոխելու համար դիմումի պաշտոնական ձև, եթե գտնեք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել:
 - Բողոքարկման մասին ավելին իմանալու համար անցե՛ք 9-րդ գլխի, Բաժին D:
- Ձեր բուժօգնությանն առնչվող դժգոհությունների հարցերով
 - Դուք կարող եք դժգոհել մեզանից կամ որևէ ծառայություն մատուցողից (այդ թվում նաև ոչ ցանցային կամ ցանցային մատուցողից): Ցանցային ծառայություններ մատուցողը այն ծառայություն մատուցողն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Կարող եք նաև բողոք ներկայացնել մեզ վերաբերվող խնամքի որակի կամ Որակի բարելավման կազմակերպությանը (անցե՛ք ստորև բերված F բաժինը):
 - Բողոքը կարող եք ներկայացնել մեզ զանգի միջոցով: Չանգահարե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY ` 711) առավոտյան 8: 00-ից մինչև 20:00, շաբաթը յոթ օր:
 - Եթե Ձեր դժգոհությունը կապված է փոխհատուցման որոշման հետ, ապա կարող եք բողոքարկել (անցե՛ք վերը նշված բաժինը):
 - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի հետ կապված դժգոհությունը կարող եք ուղարկել Medicare-ին: Դրա համար կարող եք օգտագործել առցանց ձևաթուղթը, որը կգտնեք հետևյալ հասցեով՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx: Կամ կարող եք օգնության համար զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով :
 - Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի վերաբերյալ Cal MediConnect Ombuds ծրագրին՝ զանգահարելով 1-855-501-3077 (TTY ` 1-855-847-7914), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, առավոտյան 9:00-ից մինչև 17:00:
 - Ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու մասին ավելին իմանալու համար անցե՛ք 9-րդ գլխի Բաժին J:
- Ձեր դեղամիջոցներին առնչվող որոշումներ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY` 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Ձեր դեղամիջոցների տրամադրման ծառայությունների վերաբերյալ որոշումը դա.
 - Ձեր նպաստները և ընդգրկված դեղամիջոցներն են **կամ**
 - Ձեր դեղամիջոցների համար մեր կողմից վճարվող գումարը:
- Սա վերաբերվում է Ձեր Մաս D-ում նկարագրված դեղամիջոցներին, Medi-Cal-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցներին և Medi-Cal-ի պատենտային դեղամիջոցներին:
- Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցների վերաբերյալ որոշման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժին F-ի հետ:
- Դեղամիջոցների հետ կապված բողոքարկումներ
 - Բողոքարկումը դա ծառայությունների վերաբերյալ որոշումը փոխելու նպատակով մեզ դիմելու ձև է:
 - Ձեր՝ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ* (Տեղեկամատյան) ցանկում ներառված որևէ դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումը բողոքարկելու համար կապվե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 711), 8:00 - 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ, շաբաթը յոթ օր: Դեղատոմսային տեղեկագրքում Medi-Cal-ի դեղամիջոցները նշված են աստղանիշով (*):
 - Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցների բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժին J-ի հետ:
- Դեղամիջոցների հետ կապված դժգոհություններ
 - Դուք կարող եք դժգոհություն ներկայացնել մեր կամ որևէ դեղատան վերաբերյալ: Այդ թվում նաև դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցների հետ կապված դժգոհություն:
 - Եթե Ձեր դժգոհությունը կապված է դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցների տրամադրման ծառայությունների վերաբերյալ որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել: (Անցե՛ք վերոնշյալ բաժին:)
 - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի հետ կապված դժգոհությունը կարող եք ուղարկել Medicare-ին: Դրա համար կարող եք օգտագործել առցանց ձևաթուղթը, որը կգտնեք հետևյալ հասցեով՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx: Կամ կարող եք օգնության համար զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)



հեռախոսահամարով : TTY/TTD օգտվողները կարող են զանգահարել՝
1-877-486-2048:

- Ձեր դեղատոմսով դեղերի վերաբերյալ բողոքարկելու համար մանրամասների համար անցե՛ք Գլուխ 9, Բաժին J:
- Ձեր կողմից արդեն վճարած բուժօգնության կամ դեղամիջոցների համար վճարումների հետ կապված հարցերով
 - Այն մասին, թե ինչպես կարող եք դիմել մեզ վճարած գումարը փոխհատուցելու կամ Ձեր ստացած ստացականի դիմաց վճարումը կատարելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 7, Բաժին A:
 - Եթե մեզ դիմեք ստացականի դիմաց վճարելու համար և, եթե մենք մերժենք հարցումի որոշ մասը, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկումների և մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9, Բաժին D2:



B. Ինչպե՞ս կապվել Ձեր Խնամքի համակարգողի հետ

Խնամքի համակարգողը հատուկ մասնագիտացված մարդ է, որը կոորդինացնում է բուժօգնության գործընթացը: Ձեր Խնամքի համակարգողը կմտնի Ձեր բուժօգնության թիմի մեջ և նա կլինի Ձեզ հետ կապվելու առաջնային միջոցը: Երբ գրանցվեք առողջապահական ծրագրի մեջ, Ձեզ կնշանակեն մեկ Խնամքի համակարգող: Խնամքի համակարգողը կզանգահարի Ձեզ, կներկայանա և կորոշի, թե ինչի կարիք ունեք Դուք: Խնամքի համակարգողի հետ կարող եք կապվել՝ զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների Խնամքի կենտրոն և ցուցակից ընտրելով Խնամքի համակարգողին: Երբ Ձեզ նշանակեն որոշակի Խնամքի համակարգող, Դուք կկարողանաք նաև կապվել նրա հետ զանգահարելով իր անմիջական հեռախոսագծով: Եթե ցանկանում եք փոխել Ձեր Խնամքի համակարգողին, կարող եք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների Խնամքի կենտրոն:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-855-905-3825 Չանգն անվճար է: Ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Այս տեղեկությունները անվճար կարող եք ստանալ նաև այլ ձևաչափերով՝ մեծ տառերով, բրեյլյան և/կամ աուդիո տարբերակներով՝ զանգահարելով վերը նշված համարով: Մենք տրամադրում ենք թարգմանչի անվճար ծառայություններ անգլերեն չիմացող մարդկանց համար:
TTY	711 Չանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք: Ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր:
ՀԱՍՑԵ՝	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
ՎԵԲԿԱՅԵ	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



B1. Ե՞րբ դիմել Ձեր խնամքի համակարգողին

- Ձեր բուժօգնության հետ կապված հարցերով
- Հոգեկան առողջության պահպանման (հոգեկան առողջություն և պսիխոակտիվ միջոցների օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարումներ) ծառայությունների հետ կապված հարցերով
- Փոխադրամիջոցների հետ կապված հարցերով
- Երկարատև ծառայությունների և աջակցման հետ կապված հարցերով (LTSS)

LTSS-ի մեջ մտնում են Մեծահասակների համայնքային ծառայությունները (CBAS) և Բուժօգնության հաստատությունները (NF):

Երկարատև ծառայությունները և աջակցումը (LTSS) վերաբերվում է մի շարք ծառայությունների, որոնք օգնում են մարդկանց ֆունկցիոնալ խանգարումների և/կամ քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում, օգնում անկախ ապրել հասարակության մեջ և երկարատև բուժօգնության հաստատություններում: LTSS-ը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր օգնության կարիք ունեն առօրյա գործողությունների կատարման համար՝ լոգանք ընդունելը, հագնվելը, կերակուր պատրաստելը և դեղերի ընդունումը վերահսկելը: Եթե անկախ ապրելու համար օգնության կարիք ունեք, ուղեգրի համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

LTSS-ն ներառում է՝ Չափահասների Համայնքային Ծառայություններից (CBAS), Տնային Աջակցման Ծառայություններից (IHSS), Մեծահասակների Ունիվերսալ Ծառայությունների Ծրագրից (MSSP) և Երկարատև խնամք / խնամակալական խնամք:

Երբեմն կարող եք օգնություն ստանալ Ձեր առօրյա բուժօգնության և կենցաղային կարիքների համար:

Դուք հնարավորություն կունենաք ստանալ հետևյալ ծառայությունները՝

- Մեծահասակների համայնքային ծառայություններ (CBAS),
- Մասնագիտացված բուժքրոջ ծառայություն,
- Ֆիզիոթերապիա,
- Աշխատանքային վերականգնողական թերապիա,
- Խոսքի բարդությունների թերապիա,
- Բժշկական սոցիալական ծառայություններ, **and**
- Տնային առողջապահություն:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



C. Ինչպե՞ս կապվել Բուժքույրների խորհրդատվության թեժ գծի հետ

California-ի Blue Shield Promise-ի Առողջապահական ծրագրի Բուժքույրական խորհրդատվության գիծն առաջարկում է գրանցված բուժքույրերի աջակցություն, որը հասանելի կլինի հարցերին պատասխանելու համար օրական 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Չանգահարեք Բուժքույրական խորհրդատվության գիծ՝ (800) 609-4166 (TTY՝ 711): Բուժքույրերը հասանելի են հեռախոսով և առցանց՝ ընդհանուր առողջապահական հարցերին պատասխանելու և լրացուցիչ տեղեկությունների համար լրացուցիչ ռեսուրսների ուղղորդելու համար: Բուժքույրերի խորհրդատվության գծի միջոցով անդամները կարող են ունենալ նրանց ուղարկված գրույցի ամփոփագիրը, որը ներառում է բոլոր տեղեկությունները և հղումները հեշտ հղման համար:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	(800) 609-4166 Չանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր Այս տեղեկություններն անվճար կարող եք ստանալ նաև այլ ձևաչափերով՝ մեծ տառերով, բրեյլյան և/կամ աուդիո տարբերակներով՝ զանգահարելով վերը նշված հեռախոսահամարով: Մենք տրամադրում ենք թարգմանչի անվճար ծառայություններ անգլերեն չիմացող մարդկանց համար:
TTY	711 Չանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր:

C1. Ինչպե՞ս կապվել Բուժքույրների խորհրդատվության թեժ գծի հետ

- Ձեր բուժօգնության հետ կապված հարցերով

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



D. Ինչպե՞ս կապվել Հոգեկան առողջության պահպանման թեժ գծի հետ

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	Los Angeles Մուտքի և ճգնաժամային գծին՝ 1-800-854-7771 Չանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Մենք տրամադրում ենք թարգմանչի անվճար ծառայություններ անգլերեն չիմացող մարդկանց համար:
TTY	711 Չանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր:
ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	Blue Shield of California Promise Health Plan Managed Behavioral Health Organization 1-855-765-9701 Չանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Մենք տրամադրում ենք թարգմանչի անվճար ծառայություններ անգլերեն չիմացող մարդկանց համար:
TTY	711 Չանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր:

D1. Ինչպե՞ս կապվել Հոգեկան առողջության պահպանման թեժ գծի հետ

- Հոգեկան առողջության ծառայությունների և դեղամիջոցների չարաշահման հետևանքով առաջացած խանգարումների հարցերով

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Հոգեկան առողջության ճգնաժամի դեպքում զանգահարեք Los Angeles-ի ճգնաժամային գծին, որը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Կոնտակտային տեղեկատվությունը հասանելի է վերևում:
- Հոգեկան առողջության և դեղամիջոցների չարաշահման հետևանքով առաջացած խանգարումների ծառայության վերաբերյալ հարցերի դեպքում կապվեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի Վարքագծի առողջապահական ծառայությունների հետ: Կոնտակտային տեղեկատվությունը հասանելի է վերևում:
- Cal MediConnect-ի առողջապահական ծրագրերը պատասխանատու են լինելու անդամներին հոգեկան առողջության պահպանման (հոգեկան առողջություն և պսիխոակտիվ միջոցների չարաշահման բուժում) ծառայություններ տրամադրելու համար, որոնք ներկայումս ընդգրկված են Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի մեջ:

Ձեր վարչաշրջանի հոգեկան առողջության ծառայությունների հետ կապված հարցերի դեպքում անցե՛ք էջ՝ 36:



E. Կարո՞ղ եք նաև զանգահարել Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP)

Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիրը (HICAP) տրամադրում է առողջության ապահովագրման հետ կապված անվճար խորհրդատվություն այն մարդկանց, ովքեր Medicare ունեն: HICAP-ի խորհրդատուները կպատասխանեն Ձեր հարցերին և կօգնեն հասկանալ, թե ինչ կարելի է անել Ձեր խնդիրը լուծելու համար: HICAP-ը հատուկ մասնագիտացված խորհրդատուներ ունի ամեն վարչաշրջանում և ծառայություններն անվճար են:

HICAP-ը չի համագործակցում որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	Առողջապահական իրավունքի կենտրոն՝ 1-213-383-4519 Երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:30 -16:30:
TTY	711 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	Los Angeles County HICAP Office 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
ՎԵԲԿԱՅԵ	https://www.aging.ca.gov/HICAP

E1. Ե՞րբ կապվել HICAP-ի հետ

- Հարցեր Ձեր Cal MediConnect ծրագրի մասին կամ այլ Medicare-ի վերաբերյալ հարցեր
 - HICAP խորհրդատուները կարող են պատասխանել Ձեր հարցերին, փոխել Նոր ծրագրի և օգնել Ձեզ՝
 - հասկանալ Ձեր իրավունքները;
 - հասկանալ ծրագրի Ձեր նաախասիրությունները;
 - բողոքարկելու Ձեր բուժօգնության կամ բուժման հետ կապված հարցերով, և
 - օգնել Ձեզ լուծել վճարումների հետ կապված խնդիրները:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



F. Ինչպե՞ս կապվել Որակի բարելավման կազմակերպության հետ (QIO)

Մեր նահանգում գործում է կազմակերպություն, որը կոչվում է Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO): Սա իրենից ներկայացնում է բժիշկների և այլ բուժաշխատողների մի խումբ, ովքեր օգնում են բարելավել Medicare ունեցող մարդկանց բուժօգնության որակը: Livanta BFCC-QIO ծրագիրը կապված չէ մեր ծրագրի հետ:

ՁԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ՎԵԲԿԱՅԵ	https://www.livantaqio.com/en

F1. Ե՞րբ կապվել Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)-ի հետ:

- Ձեր բուժօգնության հետ կապված հարցերով
 - Կարող եք դժգոհություն ներկայացնել Ձեր ստացած բուժօգնության համար, եթե՝
 - բուժօգնության որակի հետ կապված խնդիր ունեք,
 - գտնում եք, որ շատ քիչ եք մնացել հիվանդանոցում **կամ**
 - կարծում եք, որ Ձեր տնային բուժօգնության, մասնագիտացված բուժօգնության հաստատության կամ համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները չափազանց շուտ են ավարտվում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



G. Ինչպե՞ս կապվել Medicare-ի հետ

Medicare-ը ֆեդերալ առողջապահության ապահովագրման ծրագիր է 65 և ավելի մեծ տարիքի մարդկանց համար, 65-ից ցածր հաշմանդամության որոշակի կարգ ունեցող մարդկանց և վերջին փուլի երիկամային հիվանդությամբ մարդկանց համար (երիկամների ֆունկցիաների մշտական խանգարմամբ, որը դիալիզի կամ երիկամի փոխպատվաստման կարիք ունի):

Ֆեդերալ մարմինը՝ Medicare-ի գլխավորությամբ, հանդիսանում է Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները կամ CMS-ը:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս համարով կատարված զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048 Չանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՎԵԲԿԱՅԵ	www.medicare.gov Սա Medicare-ի պաշտոնական վեբկայքն է: Արդի տեղեկություններ Medicare-ի մասին: Այն նաև տրամադրում է տեղեկություններ հիվանդանոցների, ծերանոցների, բժիշկների, տնային առողջապահական գործակալությունների, դիալիզի հաստատությունների, ստացիոնար վերականգնողական հաստատությունների և հոսպիսների մասին: Այն ներառում է օգտակար կայքեր և հեռախոսահամարներ: Այն նաև պարունակում է բուկլետներ, որոնք կարող եք տպել անմիջապես Ձեր համակարգչից: Եթե համակարգիչ չունեք, Ձեր տեղական գրադարանը կամ տարեց մարդկանց կենտրոնը կարող են օգնել Ձեզ այցելել այս վեբկայք իրենց համակարգչի միջոցով: Կամ կարող եք զանգահարել Medicare՝ վերը նշված համարով և ասել, թե ինչ տեղեկություններ եք փնտրում: Նրանք կգտնեն այդ տեղեկատվությունը վեբ կայքում, կտպեն այն և կուղարկեն Ձեզ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ի. Ինչպե՞ս կապվել Medi-Cal-ի Health Care Options

Medi-Cal Health Care Options-ը կարող է օգնել Ձեզ, եթե Դուք ունեք հարցեր՝ կապված Cal MediConnect ծրագրի ընտրության կամ անդամագրման այլ հարցերի հետ:

ՉԱՆԳԱՅ ԱՐԵՔ	1-844-580-7272 Բուժօգնության տարբերակների կենտրոնի ներկայացուցիչները հասանելի են ժամը՝ 8:00 - 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:
TTY	1-800-430-7077 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ՎԵԲԿԱՅԸ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



I. Ինչպե՞ս կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ

Cal MediConnect Ombuds ծրագրի աշխատում է որպես Ձեր անունից փաստաբան: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե Դուք ունեք խնդիր կամ բողոք և կարող եք օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անեք: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի կարող է օգնել Ձեզ ծառայության կամ վճարումների հետ կապված խնդիրների հարցում: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի չի համագործակցում մեզ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Ծառայություններն անվճար են:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-855-501-3077 Չանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, 9:00 - 17:00:
TTY	1-855-847-7914 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
ՎԵԲԿԱՅԵ	www.healthconsumer.org

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ե. Ինչպե՞ս կապվել Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների հետ

Եթե Դուք օգնության կարիք ունենաք Ձեր Los Angeles վարչաշրջանի առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների հետ, դիմեք Ձեր տեղական սոցիալական ծառայության բաժին:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-866-613-3777 Չանգն անվճար է: Լոս Անջելես շրջանի Սոցիալական ծառայությունների բաժինը (Los Angeles County Department of Public Social Services) Հաճախորդների ծառայությունների կենտրոն (CSC) ունի, որը ծառայում է 33 համայնքային գրասենյակների: Աշխատանքային ժամեր են՝ 7:30 – 17:30, երկուշաբթիից ուրբաթ, բացի տոն օրերից:
TTY	1-877-735-2929 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
ՎԵԲԿԱՅԵ	https://dpss.lacounty.gov

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Կ. Ինչպե՞ս կապվել Ձեր Վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ

Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններից կարող եք օգտվել վարչաշրջանի հոգեկան առողջության ծրագրի միջոցով (MHP), եթե համապատասխանում եք բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներին:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-800-854-7771 Չանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Այս տեղեկություններն անվճար կարող եք ստանալ նաև այլ ձևաչափերով՝ մեծ տառերով, բրեյլյան և/կամ աուդիո տարբերակներով՝ զանգահարելով վերը նշված հեռախոսահամարով: Մենք տրամադրում ենք թարգմանչի անվճար ծառայություններ անգլերեն չիմացող մարդկանց համար:
TTY՝	711 Չանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր:

Կ1. Վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ կարող եք կապվել հետևյալ հարցերով.

- Վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների հետ կապված հարցերով
- Մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունների մեջ մտնում են՝
 - Ամբուլատոր հոգեկան առողջության ծառայություններ
 - Բուժման օր
 - Հակաճգնաժամային միջոցներ և կայունացում
 - Անհատական աջակցում մասնագետի կողմից
 - Մեծահասակների ստացիոնար բուժում
 - Ճգնաժամային ստացիոնար բուժում

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Լ. Ինչպե՞ս կապվել California-ի կառավարվող բուժօգնության վարչություն (California Department of Managed Health Care)

Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչություն (California Department of Managed Health Care, DMHC) պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի կարգավորման համար: DMHC-ի Օգնության կենտրոնը կարող է օգնել Ձեզ Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված Ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ բողոքարկումների և դժգոհությունների հարցում:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-888-466-2219 DMHC-ի ներկայացուցիչները հասանելի են 8:00 - 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:
TDD	1-877-688-9891 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ	1-916-255-5241
ՎԵԲԿԱՅԷ	www.dmhc.ca.gov

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մ. Այլ տեղեկատվական ռեսուրսներ

Ինչպե՞ս կապվել Լոս Անջելեսի շրջանի ծերերի տարածքային գրասենյակի հետ

AIS-ը ծառայություններ է մատուցում ավելի մեծահասակների, հաշմանդամների և սրանց ընտանիքի անդամների համար, որոնք օգնում են սրանց ապահով պահել իրենց տներում, խթանել առողջ և կենսական կենսակերպին և նպաստել տարեցների և հաշմանդամների բարեկեցությանը:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-888-202-4248 Երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00:
TTY	711 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6 th St. Los Angeles, CA 90020
ՎԵԲԿԱՅԵ	https://css.lacounty.gov/

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ինչպե՞ս կապվել Լոս Անջելեսի շրջանի Տարածաշրջանային կենտրոնների հետ

Տարածաշրջանային կենտրոնները շահույթ չհետապնդող մասնավոր կորպորացիաներ են, որոնք պայմանավորվում են Չարգացման ծառայությունների վարչության հետ, տրամադրել կամ համակարգել ծառայություններ և աջակցել զարգացող հաշմանդամներին: Նրանք ունեն գրասենյակներ ամբողջ Կալիֆորնիայում՝ տրամադրելու համար տեղական ռեսուրսները, որոնք կօգնեն գտնել և մուտք գործել բազմաթիվ ծառայություններ, որոնք հասանելի են ֆիզիկական անձանց և նրանց ընտանիքների համար: Կալիֆորնիան ունի 21 մարզային կենտրոն, որտեղ գործում է ավելի քան 40 գրասենյակներ, որոնք գտնվում են ամբողջ երկրում, որը ծառայում է զարգացող հաշմանդամների և նրանց ընտանիքների անդամներին: Տարածքային կենտրոնների տեղեկատուից օգտվելու համար այցելե՛ք ստորև նշված կայքը՝

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-916-654-1690 երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00:
TTY	1-916-654-2054 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	1600 9 th Street P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020
ՎԵԲԿԱՅԵ	www.dds.ca.gov

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ինչպե՞ս կապվել Լոս Անջելեսի շրջանի հարևանության իրավաբանական ծառայությունների կենտրոնի հետ

Լոս Անջելեսի շրջանի հարևանության իրավաբանական ծառայությունների կենտրոնը (NLSLA), տրամադրում է անվճար իրավաբանական ծառայություններ կարիքավորներին: NLSLA- ն կարող է օգնել մարդկանց տարբեր իրավական հարցերով, ներառյալ՝ բնակարանային, ընտանեկան իրավունքի, տնտեսական անվտանգության, արդարության, առողջության ապահովագրության և ավելին:

ՉԱՆԳԱՅԱՐԵՔ	1-800-433-6251 Երկուշաբթի, չորեքշաբթի և ուրբաթ, 9:00-ից մինչև 13:00:
TTY	1-855-847-7914 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարով զանգահարելու համար Դուք պետք է հատուկ հեռախոսի սարքավորում ունենաք:
ՀԱՍՑԵ՝	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
ՎԵԲԿԱՅԵ	www.nlsla.org

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Գլուխ 3. Ծրագրի ծառայությունների օգտագործումը ձեր բուժօգնության և այլ ծառայությունների համար

Ներածություն

Այս գլուխն ունի կոնկրետ պայմաններ և կանոններ, որոնք Դուք պետք է իմանաք՝ առողջապահական և Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար: Այն նաև պատմում է Ձեզ Ձեր ինսամքի համակարգողիմասին, թե ինչպես ինսամք ստանալ տարբեր տեսակի պրովայդերներից և որոշակի հատուկ հանգամանքներում (այդ թվում, ցանցային մատակարարներից կամ դեղատոներից), թե ինչ պետք է անել, երբ Ձեզից անմիջապես գումար է գանձվում մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների համար և ինչպես նաև երկարակյաց բժշկական սարքավորումների (DME) ստացման կանոնները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Տեղեկություններ «ծառայությունների», «ապահովագրված ծառայությունների», «ծառայություն մատուցողների» և «ցանցային ծառայություն մատուցողների» մասին.....	45
B. Ծրագրի մեջ մտնող բուժօգնությունը ստանալու, հոգեկան առողջության պահպանման և երկարատև ծառայությունները և աջակցումը (LTSS) ստանալու կանոններ	45
C. Ձեր ինսամքի համակարգողի մասին տեղեկություն	48
C1. Ի՞նչ է ինսամքի համակարգողը.....	48
C2. Ինչպե՞ս կարող եք կապվել Ձեր ինսամքի համակարգողի հետ.....	48
C3. Ինչպե՞ս կարող եք փոխել Ձեր ինսամքի համակարգողին.....	48
D. Բուժօգնություն Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողներից, մասնագետներից, այլ ցանցային բուժաշխատողներից և ոչ ցանցային բուժաշխատողներից	48
D1. Բուժօգնություն Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողից	48
D2. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնություն մասնագետներից և այլ ցանցային ծառայություն մատուցողներից.....	52
D3. Ի՞նչ անել, երբ մատակարարը լքում է մեր ծրագիրը	52
D4. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնություն ոչ ցանցային ծառայություն մատուցողներից.....	53
E. Ինչպե՞ս ստանալ երկարատև ծառայություններ և աջակցում (LTSS).....	54

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



F. Ինչպե՞ս ստանալ հոգեկան առողջության պահպանման (հոգեկան առողջություն և պսիխոսոցիալ միջոցների օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարումներ) ծառայություններ	54
F1. Ի՞նչ հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ են մատուցվում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից դուրս Հոգեկան առողջության Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի բաժանմունքի (LACDMH) և Հանրային առողջության Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի բաժանմունքի (LACDPH) միջոցով:	55
G. Ինչպե՞ս ստանալ փոխադրամիջոցների ծառայությունները	57
H. Ինչպե՞ս ստանալ ապահովագրվող ծառայությունները, երբ Ձեզ շտապ բուժօգնություն կամ անհապաղ օգնություն է հարկավոր կամ երբ արհավիրք է տեղի ունեցել	58
H1. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնությունը, երբ Ձեզ շտապ բուժօգնություն է հարկավոր	58
H2. Շտապ անհրաժեշտ խնամք	59
H3. Բուժօգնություն արհավիրքի ժամանակ	60
I. Ի՞նչ կլինի, եթե անմիջապես ձեզ ներկայացնեն այն ծառայությունների լրիվ հաշիվը, որոնք մոտում են ծրագրի մեջ:	61
I1. Ի՞նչ պետք է անեք, եթե ծառայությունները չեն մոտում մեր ծրագրի մեջ:	61
J. Ինչպե՞ս են մատուցվում Ձեր բուժօգնության ծառայությունները, երբ Դուք մասնակցում եք ինչ-որ կլինիկական հետազոտության:	62
J1. Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության սահմանումը	62
J2. Ծառայությունների վճարում, երբ Դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության մեջ	62
J3. Ուսումնասիրելով ավելին կլինիկական հետազոտությունների վերաբերյալ	63
K. Ինչպե՞ս են մատուցվում Ձեր բուժօգնության ծառայությունները, երբ Դուք գտնվում եք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում:	63
K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը	63
K2. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը	63
L. Երկարակյաց բժշկական սարքավորումներ (DME)	64
L1. DME-ն որպես մեր ծրագրի անդամ	64



L2. DME-ի սեփականությունը, երբ անցնում եք Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage-ի	65
L3. Թթվածնի սարքավորումների նպաստ՝ որպես մեր ծրագրի անդամ.....	66
L4. Թթվածնի սարքավորումներ, երբ անցնում եք կատարում Original Medicare-ի կամ Medicare-ի նպաստների.....	66



A. Տեղեկություններ «ծառայությունների», «ապահովագրված ծառայությունների», «ծառայություն մատուցողների» և «ցանցային ծառայություն մատուցողների» մասին

Ծառայությունները բուժօգնություն են, երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը, միջոցները, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները, դեղատոմսով դուրս գրվող և պատենտային դեղերն են, սարքավորումները և այլ ծառայությունները: **Ապահովագրվող ծառայություններն** այն ծառայություններն են, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է: Ապահովագրվող բուժօգնությունը, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները և երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը նշված են Նպաստների աղյուսակի Գլուխ 4, Բաժին D-ում:

Ծառայություն մատուցողները դա բժիշկներն են, բույքույրերը և այլոք, ովքեր ձեզ բուժօգնություն և ծառայություններ են մատուցում: Մատակարարներ եզրույթը նաև ներառում է հիվանդանոցները, տնային պայմաններում բուժսպասարկում իրականացնող գործակալությունները, կլինիկաները և այլ հաստատություններ, որտեղ ձեզ տրամադրվում են բուժսպասարկման ծառայություններ, վարքագծային առողջապահության ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և որոշակի երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայություններ (LTSS):

Ցանցային ծառայություն մատուցողները այն մատուցողներն են, ովքեր աշխատում են առողջապահական ծրագրի հետ: Այս ծառայություն մատուցողները իրենց մատուցած համապատասխան ծառայությունների համար վճարումը ստանալու են մեր ծրագրի կողմից՝ մեկ ամբողջական վճարման ձևով: Ցանցային ծառայություն մատուցողները անմիջապես մեզ են ներկայացնում իրենց մատուցած ծառայությունների համար հաշիվը: Երբ այցելում եք ցանցային ծառայություն մատուցողի, Դուք սովորաբար *ոչինչ* չեք վճարում ծրագրի մեջ մտնող ծառայությունների համար:

B. Ծրագրի մեջ մտնող բուժօգնությունը ստանալու, հոգեկան առողջության պահպանման և երկարատև ծառայությունները և աջակցումը (LTSS) ստանալու կանոններ

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը փոխհատուցում է այն բոլոր ծառայությունները, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի մեջ: Դրանք թվում են նաև՝ հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները, երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը (LTSS):

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը վճարելու է Ձեր ստացած բուժօգնության, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների և LTSS-ի համար, եթե հետևեք ծրագրի կանոններին: Փոխհատուցվելու է մեր ծրագրի կողմից՝

- Ձեր ստացած բուժօգնությունը պետք է լինի **ծրագրի նպաստ**: Սա նշանակում է, որ այն պետք է ներառված լինի ծրագրի Նպաստների աղյուսակում: (Աղյուսակը ներկայացված է այս ձեռնարկի Գլուխ 4-ի Բաժին D-ում):

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- **Բուժօգնությունը պետք է լինի սահմանված անհրաժեշտություն:**
Անհրաժեշտությունն ասելով՝ նկատի ունենք կանխարգելիչ, ախտորոշիչ կամ բուժման ծառայություններ կամ Ձեր ընթացիկ առողջական վիճակը պահպանելու համար մատուցվող ծառայություններ: Սրա մեջ մտնում է այն բուժօգնությունը, որի շնորհիվ կարիք չէք ունենա գնալ հիվանդանոց կամ առողջարան: Այն նաև նշանակում է այն ծառայությունները, միջոցները կամ դեղերը, որոնք համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված ստանդարտներին:
- **Բժշկական ծառայությունների համար Դուք պետք է ունենաք ցանցային առաջնային բուժօգնություն մատուցող (PCP), որը կպատվիրի** բուժօգնությունը կամ այցելություն կնշանակի Ձեզ այլ բժշկի մոտ: Որպես ծրագրի անդամ Դուք պետք է ընտրեք ցանցային ծառայություն մատուցողին, որը կլինի Ձեր PCP-ը:
 - Մեծամասամբ, Դուք պետք է ստանաք թույլտվություն մեր ծրագրի կողմից՝ նախքան կկարողանաք օգտվել ցանցային որևէ այլ մատուցողի ծառայություններից: Սա կոչվում է **ուղեգիր**: Եթե Դուք հաստատում չստանաք, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կարող է չփոխհատուցել ծառայությունը: Ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր որոշ մասնագետներից օգտվելու համար, ինչպիսիք են՝ կանանց առողջության մասնագետները: Ուղեգրումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք էջ 49:
 - Մեր ծրագրի առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ ընտրում եք Ձեր PCP-ին, Դուք նաև ընտրում եք որոշակի բժշկական խումբը: Սա նշանակում է, որ Ձեր PCP-ն ուղեգրելու է Ձեզ այն մասնագետների մոտ և ծառայությունների համար, որոնք նույնպես փոխկապակցված են իրենց բժշկական խմբի հետ: Բժշկական խումբն առաջնային բուժօգնություն տրամադրող բժիշկների և մասնագետների ասոցիացիա է, որը ստեղծվել է համակարգված առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար:
 - Ձեզ առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից ուղեգիր հարկավոր չէ արտակարգ բուժօգնության կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության դեպքում, կամ էլ կանանց բուժսպասարկում իրականացնող մատակարարին այցելելու համար: Դուք կարող եք ստանալ այլ տեսակի բուժօգնություն առանց ուղեգրի ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարից: Սրա մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք էջ 49:
 - PCP-ը ընտրելու հետ կապված հարցերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք էջ 48:



- **Բուժօգնությունը պետք է ստանաք այն ցանցային մատուցողներից, որոնք համագործակցում են Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ:** Սովորաբար, ծրագրի մեջ չի մտնում առողջական ծրագրի և Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի մեջ չներառված մատուցողների կողմից կատարված բուժօգնությունը: Ահա մի քանի դեպքեր, որոնց վրա չի տարածվում այս օրենքը.
 - Ծրագիրը փոխհատուցում է ոչ-ցանցային մատակարարից ստացած անհետաձգելի բուժօգնությունը կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը: Ավելին իմանալու համար, թե ինչ է նշանակում արտակարգ իրավիճակում կատարված կամ անհապաղ բուժօգնության խնամքը անցե՛ք Գլուխ H-ի էջ 56-ը:
 - Եթե Ձեզ հարկավոր է բուժսպասարկում, որն ընդգրկվում է մեր ծրագրի ապահովագրական ծածկույթում, և մեր ցանցային մատակարարները չեն կարող այն Ձեզ տրամադրել, ապա Դուք կարող եք ստանալ այդ բուժսպասարկումը ոչ-ցանցային մատակարարից: Նախքան այդպիսի մատուցող գտնելը՝ պետք է ստանաք թույլտվություն մեր ծրագրի կողմից: Նման իրավիճակում, մենք կփոխհատուցենք այդ բուժօգնությունը, ինչպես որ կստանալիք այն մեր ցանցային մատուցողից **կամ** անվճար կստանաք այն: Ոչ ցանցային մատուցողի ծառայություններից օգտվելու թույլտվություն ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ D, էջ՝ 41:
 - Ծրագրի մեջ մտնում է երիկամների դիալիզը, երբ Դուք կարճ ժամանակահատվածով գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս վայրում: Այս ծառայությունները կարող եք ստանալ Medicare-ի կողմից վկայագրված դիալիզի հաստատություններում:
 - Ծրագրի մեջ անդամագրվելիս կարող եք ներկայացնել հարցում, որպեսզի շարունակեք այցելությունները Ձեր ընթացիկ մատակարարներին: Մենք պետք է հաստատենք այս հարցումը, եթե կարողանաք ցույց տալ Ձեր կապը մատուցողների հետ՝ որոշակի բացառություններով (անցե՛ք Գլուխ 1-ի էջ՝ 15): Եթե մենք հաստատում եք Ձեր պահանջն, ապա Դուք մինչև 12 ամիս կարող եք շարունակել ծառայությունների համար այցելել այն մատակարարներին, որոնց այժմ այցելում եք: Այդ ընթացքում մեր խնամքի համակարգողը կկապվի Ձեզ հետ, որպեսզի օգնի Ձեզ գտնել մատուցողներ մեր ցանցում, որոնք համագործակցում են Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ: Առաջին 12 ամսից հետո մենք այլևս չենք փոխհատուցի Ձեր բուժօգնությունը, եթե շարունակեք օգտվել ոչ ցանցային մատուցողների ծառայություններից, որոնք չեն համագործակցում Ձեր PCP-ի խմբի հետ:

C. Ձեր խնամքի համակարգողի մասին տեղեկություն

C1. Ի՞նչ է խնամքի համակարգողը

Խնամքի համակարգողը հատուկ մասնագիտացված մարդ է, որը կոորդինացնում է բուժօգնության գործընթացը: Ձեր խնամքի համակարգողը կմտնի Ձեր բուժօգնության թիմի մեջ և նա կլինի Ձեզ հետ կապվելու առաջնային միջոցը: Ձեզ կտրամադրվի խնամքի համակարգող, երբ գրանցվեք Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրում: Խնամքի համակարգողը կգանգահարի Ձեզ, կներկայանա և կորոշի, թե ինչի կարիք ունեք:

C2. Ինչպե՞ս կարող եք կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի հետ

Ձեր խնամքի համակարգողի հետ կարող եք կապվել՝ զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն և ցուցակից ընտրելով խնամքի համակարգողին: Երբ Ձեզ նշանակեն որոշակի խնամքի համակարգող, Դուք կկարողանաք նաև կապվել նրա հետ զանգահարելով իր անմիջական հեռախոսագծով:

C3. Ինչպե՞ս կարող եք փոխել Ձեր խնամքի համակարգողին

Ձեր խնամքի համակարգողին փոխելու խնդրանքով կարող եք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

D. Բուժօգնություն Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողներից, մասնագետներից, այլ ցանցային բուժաշխատողներից և ոչ ցանցային բուժաշխատողներից

D1. Բուժօգնություն Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողից

Դուք պետք է ընտրեք առաջնային բուժօգնության մատուցող (PCP), որը կսպասարկի և կկազմակերպի Ձեր բուժօգնությունը: Մեր ծրագրի առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարն ընտրելով՝ Դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված բժշկական խումբը:

«PCP»-ի սահմանումը և ի՞նչ է PCP-ն անում Ձեզ համար:

PCP-ը բժիշկ է, որը համապատասխանում է պետական պահանջներին և մասնագիտացված է Ձեզ հիմնական բուժօգնություն տրամադրելու մեջ: PCP-ը կարող է լինել Ընտանեկան բժիշկը, Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկը, Թերապևտիկ ծառայություններ մատուցողը և ցանկացած մասնագետ՝ ըստ պահանջի: Դուք կարող եք ընտրել ցանկացած մասնագետի որպես Ձեր PCP, եթե մասնագետը համաձայնվում է մատուցել բոլոր ծառայությունները, որոնք սովորաբար մատուցվում են PCP-ների կողմից: Եթե ցանկանում եք ընտրել որևէ մասնագետի որպես Ձեր PCP, ապա զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տալված են այս էջի ներքևի մասում): Որևէ կլինիկա, ինչպես օրինակ՝ Ֆեդերալ որոկավորում ունեցող առողջապահական կենտրոնները (FQHC), նույնպես կարող է հանդիսանալ Ձեր PCP: Դուք կստանաք Ձեր ամենօրյա

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



կամ հիմնական բուժօգնությունը Ձեր PCP-ից: Ձեր PCP-ը նաև կարող է կոորդինացնել Ձեզ
անհրաժեշտ ծառայությունների մեծ մասը: Ծառայություններն ընդգրկում են՝

- Ռենտգենային ճառագայթումը
- Լաբորատոր անալիզները
- Թերապիաները
- Մասնագիտացված բժիշկներից ստացվող բուժօգնությունը
- Հիվանդանոց ընդունումը և
- Հաջորդիվ բժշկական հսկողությունը:

Մեր ծրագրի PCP-ները բաժանված են որոշակի խմբերի: Բժշկական խումբ կամ անկախ
բժիշկների ասոցիացիա (IPA)՝ կազմակերպություն, որը կազմավորված է Կալիֆորնիայի
օրենքների ներքո, որը համագործակցում է առողջական ծրագրերի հետ՝ ծրագրի անդամներին
ծառայությունները տրամադրելու կամ դրանք կազմակերպելու համար: Ձեր առաջնային
բուժօգնության օղակի մատակարարն ընտրելով՝ Դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված
բժշկական խումբը: Սա նշանակում է, որ Ձեր PCP-ը ուղեգրելու է Ձեզ այն մասնագետների մոտ
և ծառայությունների համար, որոնք նույնպես հարում են իր բժշկական խմբին:

Սովորաբար, Դուք պետք է այցելեք Ձեր PCP-ին, որպեսզի ուղեգիր ստանաք՝ նախքան որևէ այլ
բուժօգնություն մատուցողների կամ մասնագետի այցելելը: Դուք կարող եք ինքնուրույն գնալ
մանկաբարձի և գինեկողոզի (OB/GYN) մոտ՝ Ձեր պայմանագրով համաձայնեցված բժշկական խմբի
կամ IPA-ի շրջանակում՝ ցիտոլոգիական քսուկի, արգանդային հետազոտության և կրծքի տարեկան
հետազոտության համար: Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի կողմից այս ուղեգրումը հաստատվելուն պես՝
կարող եք տեսակցություն նշանակել մասնագետի կամ այլ մատուցողի հետ՝ Ձեզ անհրաժեշտ
բուժումը ստանալու համար: Բուժումը կամ ծառայությունը ավարտվելուն պես՝ մասնագետը
կտեղեկացնի Ձեր PCP-ին, որպեսզի PCP-ը կարողանա շարունակել Ձեր բուժօգնությունը:

Որոշակի ծառայություններ ստանալու համար Ձեր PCP-ը պետք է նախապես հաստատում
ստանա Ծրագրից կամ, որոշ դեպքերում, Ձեր PCP-ին հարող բժշկական խմբից: Նախնական
հաստատումը կոչվում է «նախնական լիազորում»:

PCP-ի Ձեր ընտրությունը

Երբ անդամագրվում եք մեր ծրագրի մեջ, Դուք պետք է ընտրեք ծրագրի մատուցող, որը
կլինի Ձեր PCP-ը:

Ձեր PCP-ին ընտրելու համար պետք է՝

- Կիրառեք Ձեր *Ծառայություն* մատուցողների և դեղատների գրացուցակ:
Գրացուցակի ետնամասում գտնվող «Առաջնային բուժօգնության

Բժիշկների» ինդեքսում փնտրեք Ձեր ուզած բժշկին: (Ինդեքսն այբբենական կարգով
ներկայացված բժիշկների ազգանունների ցուցակն է:); կամ

- Այցելե՛ք մեր վեբկայք՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect և որոնեք
Ձեր ուզած PCP-ը, կամ
- Չանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների
խնամքի կենտրոն օգնության համար (հեռախոսահամարը և աշխատանքային
ժամերը տպված են այս էջի ներքևի մասում):

Որպեսզի իմանաք,՝ արդյոք Ձեր ուզած բուժօգնությունն մատուցողը հասանելի է կամ
ընդունում է արդյոք նոր հիվանդներ՝ դիմեք Ձեր *Ծառայություն մատուցողների և
դեղատների գրացուցակին*, որը հասանելի է մեր կայքում՝
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect, կամ զանգահարեք Հաճախորդների
խնամքի կենտրոն (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տպված են այս էջի
ներքևի մասում):

Եթե կա Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի որոշակի մասնագետ կամ
հիվանդանոց, որից ուզում եք օգտվել կամ, եթե ներկայումս այցելում եք մասնագետի
և/կամ ստանում եք մատուցվող ծառայություններ, պետք է անպայման ստուգեք, արդյոք
նրանք հարում են ձեր PCP-ի բժշկական խմբին, թե ոչ: Կարող եք փնտրել *Ծառայություն
մատուցողների և դեղատների գրացուցակում*, որը հասանելի է մեր կայքում՝
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կամ դիմել Blue Shield Promise Cal
MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որպեսզի ստուգեն արդյոք Ձեր
ուզած PCP-ը կատարում է ուղղորդում այդ մասնագետի մոտ կամ օգտվում այդ
հիվանդանոցի ծառայություններից:

Ինչպե՞ս փոխել Ձեր PCP-ին

Դուք կարող եք փոխել Ձեր PCP-ին ցանկացած պատճառով ցանկացած պահի: Նաև, հնարավոր
է, Ձեր PCP-ը դուրս գա մեր ծրագրի ցանցից: Եթե Ձեր PCP-ը դուրս գա մեր ծրագրի ցանցից,
մենք կօգնենք Ձեզ գտնել մեր ցանցում գտնվող նոր PCP:

Կարող եք հետևել վերոնշյալ քայլերին՝ «Ինչպե՞ս կարող եք ընտրել Ձեր PCP-ին», եթե ուզում եք
փոխել Ձեր PCP-ին: Անպայման զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝
տեղեկացնելով նրանց, որ փոխում եք Ձեր PCP-ին (հեռախոսահամարը և աշխատանքային
ժամերը տպված են այս էջի ներքևի մասում):

Փոփոխության հարցումը ներկայացնելուց հետո՝ Ձեզ կնշանակեն նոր PCP և նրան հարող
Բժշկական խումբ՝ PCP-ը փոխելու հարցման հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Ձեր PCP-ի անունն ու գրասենյակի համարը տպված է Ձեր անդամակցության քարտի վրա:
PCP-ը փոխելու դեպքում՝ Դուք կստանաք նոր անդամակցության քարտ:

Հիշեք, որ մեր ծրագրի առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարները փոխկապակցված
են բժշկական խմբերի հետ: Եթե Դուք փոխում եք Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



մատակարարին, ապա կարող եք նաև փոխել բժշկական խմբերը: Փոփոխության համար դիմելու դեպքում անսպառնալիք մասին տեղեկացրեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ անկախ նրանից, արդյոք օգտվում եք մասնագետից, թե ստանում եք այլ ապահովագրված ծառայություններ, որոնց համար պահանջում է առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի թույլտվություն: Հաճախորդների խնամքի կենտրոնը կօգնի Ձեզ շարունակել ձեր մասնագիտական բուժօգնությունը և այլ ծառայությունները, երբ փոխեք Ձեր PCP-ին:

Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ՝ առանց Ձեր PCP-ի կողմից նախնական հաստատում ստանալու

Շատ դեպքերում Ձեզ հարկավոր կլինի հավանություն ստանալ Ձեր առաջնային օղակի բուժօգնության մատակարարից նախքան այլ մատակարարների այցելելը: Այս հաստատումը կոչվում է **ուղեգրում**: Ստորև նշված ծառայությունների նման ծառայությունները կարող եք ստանալ՝ առանց Ձեր PCP-ից նախնական հաստատում ստանալու:

- Արտակարգ իրավիճակների ծառայություններ ցանցային մատուցողներից կամ ոչ ցանցային մատուցողներից:
- Անհապաղ բուժօգնություն ցանցային մատուցողներից:
- Անհապաղ բուժօգնություն ոչ ցանցային մատուցողներից, երբ չեք ստանում այդ օգնությունը ցանցային մատուցողներից (օրինակ՝ երբ գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս վայրում):
- Երիկամների դիալիզի ծառայություններ, որոնք ստանում եք Medicare-ի կողմից վկայագրված դիալիզի հաստատություններում, երբ գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս վայրում: (Չանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ մինչ կլքեք սպասարկման տարածքը: Մենք կօգնենք Ձեզ ստանալ դիալիզը, երբ հեռու եք գտնվում մեր տարածքից:)
- Գրիպի դեմ պատվաստումներ և COVID-19 պատվաստումներ , ինչպես նաև հեպատիտ Բ-ի և թոքաբորբի դեմ պատվաստումներ, եթե դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից :
- Կանացի առօրյա բուժօգնություն և ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ: Սրա մեջ մտնում են կրծքի հետազոտությունները, մամոգրաֆիան (կրծքի ռենտգեն նկարահանում), ցիտոլոգիական քսուկը և արգանդի հետազոտությունները քանի դեռ Դուք ստանում եք դրանք ցանցային մատուցողից:
- Բացի այդ, եթե Դուք նաև ստանում եք ծառայություններ Հնդկական բուժօգնություն մատուցողներից, Դուք կարող եք այցելել այս մատուցողներին առանց ուղեգրի:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



D2. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնություն մասնագետներից և այլ ցանցային ծառայություն մատուցողներից

Մասնագետը՝ դա այն բժիշկն է, որը մատուցում է բուժօգնությունը որոշակի հատուկ հիվանդության կամ մարմնի մասի համար: Կան բազմաթիվ տեսակի մասնագետներ: Ահա մի քանի օրինակներ՝

- Ուռուցքաբանները բուժում են քաղցկեղով հիվանդներին:
- Սրտաբանները բուժում են սրտի հիվանդություններով հիվանդներին:
- Օրթոպեդները բուժում են ոսկրային, հոդերի կամ մկանային խնդիրներ ունեցող հիվանդներին:

Եթե Ձեզ հարկավոր է մասնագիտացված օգնություն կամ լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք չի կարող տրամադրել Ձեր PCP-ը, նա կուղեգրի Ձեզ ուրիշի մոտ: Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի կողմից այս ուղեգրումը հաստատվելուն պես՝ կարող եք տեսակցություն նշանակել մասնագետի կամ այլ մատուցողի հետ՝ Ձեզ անհրաժեշտ բուժումը ստանալու համար: Բուժումը կամ ծառայությունը ավարտվելուն պես՝ մասնագետը կտեղեկացնի Ձեր PCP-ին, որպեսզի PCP-ը կարողանա շարունակել Ձեր բուժօգնությունը:

Ձեր PCP-ը պետք է նախապես ծրագրից հաստատում ստանա, որպեսզի կարողանաք ստանալ որոշակի Նախնական հաստատումը կոչվում է «Նախնական լիազորում»: Այս Նախնական հաստատումը կոչվում է «Նախնական լիազորում»: Օրինակ, Նախնական լիազորումը պահանջվում է բոլոր ոչ արտակարգ իրավիճակների ստացիոնար հիվանդանոցներում մնալու համար: Որոշ դեպքերում Ձեր PCP-ին հարող բժշկական խումբը կկարողանա լիազորել ձեր ծառայությունները՝ մեր ծրագրի փոխարեն:

Եթե հարցեր ունեք կապված նրա հետ, թե ով է պատասխանատու ծառայությունները ստանալու համար Նախնական թույլտվությունները տալու համար, կապվեք Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն: Նախնական թույլտվությունով ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ծանոթացեք Գլուխ 4-ի Բաժին D-ում ներկայացված Նպաստների աղյուսակի հետ:

D3. Ի՞նչ անել, երբ մատակարարը լքում է մեր ծրագիրը

Ցանցային ծառայություն մատուցողը, որի ծառայություններից օգտվում եք, կարող է դուրս գալ մեր ծրագրից: Եթե մեր մատուցողներից մեկը դուրս գա ծրագրից, Դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանություններ, որոնք ամփոփված են ստորև՝

- Նույնիսկ, եթե մեր ցանցային մատուցողները փոխվեն տարվա ընթացքում, Ձեր ծառայությունները չեն ընդհատվի մեր բարձրորակ մատուցողների կողմից:
- Հնարավորության դեպքում՝ մենք Ձեզ 30 օր առաջ կծանուցենք այդ մասին՝ հնարավորություն տալով Ձեզ ընտրել նոր մատուցողի:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Մենք կօգնենք Ձեզ ընտրել նոր բարձրորակ մատուցող, որը կշարունակի կազմակերպել Ձեր բուժօգնության կարիքները:
- Եթե Ձուք անցնում եք բուժման կուրս, ապա Դուք իրավունք ունեք խնդրել և մենք պարտավորվում ենք ապահովել, որպեսզի Ձեր ստացած անհրաժեշտ բուժումը չընդհատվի:
- Եթե գտնեք, որ մենք չենք փոխարինել ձեր նախկին մատուցողին բարձրորակ մեկ այլ մատուցողով կամ, եթե Ձեր բուժօգնությունը պատշաճ կերպով չի կազմակերպվում, Դուք իրավունք ունեք բողոքարկել մեր որոշումը:

Եթե պարզեք, որ Ձեր մատուցողներից մեկը դուրս է գալիս մեր ծրագրից, կապվեք մեզ հետ, որպեսզի օգնենք Ձեզ գտնել նոր մատուցող և կազմակերպենք Ձեր բուժօգնությունը: Լրացուցիչ տեղեկության համար, զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը՝ 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

D4. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնություն ոչ ցանցային ծառայություն մատուցողներից

Եթե Ձեզ հարկավոր է բուժօգնություն, որը համաձայն Medicare-ի և/կամ Medicaid-ի պահանջների, պետք է փոխհատուցվի մեր ծրագրի կողմից, իսկ մեր ցանցի մատուցողները չեն կարող դա ապահովել, Դուք կարող եք ստանալ այդ բուժօգնությունը ոչ ցանցային մատուցողներից: Ձեր առաջնային խնամքի բժիշկը պատասխանատու է ցանցից դուրս ծառայությունների համար նախնական թույլտվության պահանջը ներկայացնելու համար: Նախքան ցանցից դուրս մատակարարից խնամք փնտրելը Դուք պետք է թույլտվություն ստանաք ծրագրից կամ Ձեր PCP-ի հետ կապված բժշկական խմբից: Այսպիսի իրավիճակում Դուք կվճարեք նույնքան, որքան որ կվճարեիք, եթե բուժօգնությունը ստանալիք ցանցային մատակարարից:

Եթե Դուք օգտվում եք ոչ-ցանցային մատակարարից, ապա այդ մատակարարը պետք է Medicare-ում և/կամ Medi-Cal-ում մասնակցելու իրավունք ունենա:

- Մենք չենք կարող վճարել մի մատուցողի, որը չի մասնակցում Medicare-ում և/կամ Medicaid-ում:
- Եթե օգտվում եք մատակարարից, որն իրավասու չէ մասնակցել Medicare-ին, Դուք պետք է վճարեք Ձեր ստացած ծառայությունների լրիվ արժեքը:
- Մատակարարները պետք է ասեն Ձեզ, եթե նրանք իրավասու չեն մասնակցել Medicare-ին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



E. Ինչպե՞ս ստանալ երկարատև ծառայություններ և աջակցում (LTSS)

Երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունները (LTSS) բաղկացած են Համայնքային մեծահասակների ծառայություններ (CBAS), և Բուժքույրական հաստատություններից (NF): Ծառայությունները կարող են տրամադրվել Ձեր տանը, համայնքում կամ ինչ-որ հաստատությունում: Երկարատև խնամքի և օժանդակման ծառայությունների տարբեր տեսակներ նկարագրված են ստորև՝

- **Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայություններ (CBAS)**՝ Չափահասների Համայնքային Ծառայություններ (CBAS). Ամբուլատոր, հաստատությունում մատուցվող ծառայությունների ծրագիր, որը մատուցում է մասնագիտացված բուժքույրական օգնություն, սոցիալական ծառայություններ, թերապիաներ, անձնական բուժօգնություն, ընտանիքի անդամների/խնամակալի ուսուցում և աջակցում, սննդային ծառայություններ, փոխադրամիջոցներ և այլ ծառայություններ, եթե համապատասխանում եք կիրառելի իրավասության չափանիշներին:
- **Բուժօգնության հաստատություն (NF)**՝ Հաստատություն, որը բուժօգնություն է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող ինքնուրույն ապրել տանը, բայց հիվանդանոց տեղափոխելու կարիք չունեն:

Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի Ձեզ հասկանալ ամեն մի ծրագիրը: Այս ծրագրերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որպեսզի կապվեք Ձեր խնամքի համակարգողի հետ (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տպված են այս էջի ներքևում):

F. Ինչպե՞ս ստանալ հոգեկան առողջության պահպանման (հոգեկան առողջություն և պսիխոակտիվ միջոցների օգտագործման հետևանքով առաջացած խանգարումներ) ծառայություններ

Ձեզ կտրամադրվեն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը մատուցում է հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի կողմից: Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները չեն մատուցվում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից, սակայն մատչելի կլինեն Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամներին Հոգեկան առողջության Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի բաժանմունքի (LACDMH) և Հանրային առողջության Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի բաժանմունքի (LACDPH) միջոցով:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



**F1. Ի՞նչ հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ են
մատուցվում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից դուրս
Հոգեկան առողջության Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի բաժանմունքի (LACDMH)
և Հանրային առողջության Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի բաժանմունքի
(LACDPH) միջոցով:**

Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունները հասանելի են Ձեզ
շրջանի հոգեկան բժշկական ապահովագրության ծրագրի (MHP) միջոցով, եթե Դուք
համապատասխանում եք Medi-Cal-ի նեղ մասնագիտացված հոգեկան առողջության
ծառայությունների բժշկական անհրաժեշտ չափանիշներին: Medi-Cal-ի մասնագիտացված
հոգեկան առողջության ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Հոգեկան առողջության Los
Angeles վարչաշրջանի բաժանմունքի (Los Angeles County Department of Mental Health,
LACDMH) կողմից՝ ներառում են՝

- Հոգեկան առողջության ծառայություններ (գնահատում, բուժում, վերականգնում,
կոլատերալ և ծրագրի մշակում)
- Դեղամիջոցների աջակցման ծառայություններ
- Ինտենսիվ բուժման օր
- Վերականգնման օր
- Հակաճգնաժամային միջոցներ
- Ճգնաժամի կայունացում
- Մեծահասակների ստացիոնար բուժման ծառայություններ
- Ճգնաժամային ստացիոնար բուժման ծառայություններ
- Հոգեբուժական առողջապահական հաստատությունների ծառայություններ
- Հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ
- Անհատական աջակցում մասնագետի կողմից

Medi-Cal-ի Դեղորայքային ծառայությունները մատուցվում են Հանրային առողջության Los
Angeles վարչաշրջանի բաժանմունքի (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)
կողմից, եթե համապատասխանում եք Medi-Cal-ի Դեղորայքային բժշկական անհրաժեշտության
չափանիշներին: Medi-Cal-ի Դեղորայքային ծառայությունները, որոնք մատուցվում են Հանրային
առողջության Los Angeles վարչաշրջանի բաժանմունքի (Los Angeles County Department of
Public Health, LACDPH) կողմից, ներառում են՝

- Ամբուլատոր ինտենսիվ բուժման ծառայություններ
- Ստացիոնար բուժման ծառայություններ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Ամբուլատոր առանց դեղամիջոցների ծառայություններ
- Թմրանյութերի կախվածությունից բուժման ծառայություններ
- Նախորեքսոնի ներգործմամբ ծառայություններ՝ օփիոիդ կախվածության համար

Բացի վերոնշյալ Medi-Cal-ի Դեղորայքների ծառայություններից, Դուք կարող եք նաև օգտվել կամավոր մատուցվող ստացիոնար դետոքսիկացիոն թերապիայի ծառայություններից, եթե համապատասխանեք բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներին:

Հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների մատչելիությունը

Դուք ունեք Ձեզ մատչելի ծառայությունների մեծ տեսականի: Դուք կարող եք դիմել պայմանագրով աշխատող մատուցողի, կարող եք նաև ուղեգրվել իր PCP-ի, ընտանիքի անդամի և այլոց կողմից: Ծառայությունները ստանալիս բոլոր դեմքերը բաց են Ձեզ համար: Կարող եք կապվել հետևյալ ծրագրի հետ օգնության համար՝

- Վարչաշրջանի ճգնաժամային և ուղեգրային գիծ (հեռախոսահամարի և աշխատանքային ժամերի համար ծանոթացեք այս ձեռնարկի Գլուխ 2-ի Բաժին K-ի հետ)
- Los Angeles-ի հանրային առողջության, նյութերի չարաշահման կանխարգելման և վերահսկման վարչություն (LA County Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control) (խնդրում ենք զանգահարել՝ 888-742-7900 (TTY՝ 711), 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր:)
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հոգեկան առողջության պահպանման գիծ (հեռախոսահամարի և աշխատանքային ժամերի համար ծանոթացեք այս ձեռնարկի Գլուխ 2-ի Բաժին D-ի հետ)
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տպված են այս Էջի ներքևի մասում):

Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծառայությունների սահմանման գործընթացներ

Բժշկական անհրաժեշտությունը սահմանվում է համապատասխան լիցենզավորված մատուցողի կողմից: Բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներն օգտագործվում են և Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի, և վարչաշրջանի կողմից և մշակվել են հոգեկան առողջության պահպանման մասնագետների և այլ հետաքրքրված անձանց կողմից և համապատասխանում է կանոնակարգի պահանջներին:

Ուղեգրման գործընթացը Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի և վարչաշրջանի միջև

Եթե Դուք ծառայություններ եք ստանում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կամ վարչաշրջանի կողմից, Ձեզ կարող են ուղեգրել այլ կազմակերպություն, որը կհամապատասխանի ձեր կարիքներին: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կամ վարչաշրջանը կարող է Ձեզ ուղարկել զանգահարելով այն անձին, ում ուղղորդումը կատարվել է: Բացի այդ, ուղեգրող մատուցողի կողմից կլրացվի ուղեգրման ձևը և կուղարկվի այն կազմակերպություն, որտեղ Դուք ուղեգրվում եք:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Խնդիրների լուծման գործընթացներ

Անդամի և վարչաշրջանի կամ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի միջև խնդիր առաջանալու դեպքում՝ Դուք կշարունակեք ստանալ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները, այդ թվում նաև դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերը, մինչև վեճը լուծվի: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ն աշխատել է վարչաշրջանի հետ զարգացնել լուծման գործընթացները, որոնք ժամանակավոր չեն և բացասաբար են ազդում այն ծառայությունների վրա, որոնց կարիքը Դուք ունեք: Դուք նաև կարող եք օգտագործել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կամ վարչաշրջանի բողոքարկման գործընթացը՝ կախված այն անձից, որը Դուք բողոքարկում եք:

G. Ինչպե՞ս ստանալ փոխադրամիջոցների ծառայությունները

Բժշկական փոխադրամիջոցների ծառայությունները շտապ օգնության ծառայություններն են: Շտապ օգնության միջոցով փոխադրումը դեպի առաջին հիվանդանոց, որը իրականում ընդունում է անդամին՝ շտապ բուժօգնության համար, փոխհատուցվում է որպես արտակարգ իրավիճակի ծառայություն: Այս ծառայությունները ներառում են շտապ օգնությունը և շտապ օգնության փոխադրամիջոցները, որոնք տրամադրվում են «911» արագ արձագանքման համակարգի կողմից:

Ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրամիջոցը (NEMT) փոխհատուցվում է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից: NEMT ծառայությունները կատարվում են, եթե փաստաթղթերով նշված է, որ անդամի դրությունը թույլ չի տալիս տեղափոխել այլ փոխադրամիջոցներով (կարող է վտանգել մարդու առողջությունը) և, որ շտապ օգնության մեքենայով տեղափոխումը անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից: Փոխադրման ծառայությունները կարող են կատարվել շտապ օգնության, պառկած հիվանդներին տեղափոխելու կամ անվասայակի մեքենաների ծառայությունների միջոցով: Անդամի տեղափոխումը հիվանդանոցից մեկ այլ հիվանդանոց կամ հաստատություն, կամ հաստատությունից դեպի տուն պետք է լինի՝

- Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ, և
- Հայցված Ծրագրի մատուցողի կողմից, և
- Նախօրոք լիազորված Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը նաև առաջարկում է **Ոչ բժշկական փոխադրամիջոցներով (NMT)** փոխադրման ծառայություններ դեպի Ձեր բժշկի գրասենյակ և հետադարձ ճանապարհով: Փոխադրման ծառայությունները կատարվում են տաքսիներով, ավտոբուսներով կամ այլ ձևերով: Փոխադրման ծառայությունների համար դիմող անդամները պետք է այդ ծառայությունների իրավունքն ունենան՝ փոխադրամիջոցներից օգտվելու համար դիմած ամսվա համար: Ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական փոխադրամիջոցների և Ոչ բժշկական փոխադրամիջոցների հետ կապված հարցերը լուծում է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոնը: Դուք պետք է զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որպեսզի կապվեք փոխադրամիջոցների բաժանմունքի հետ կամ անմիջապես զանգահարեք նրանց՝

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



1-877-433-2178 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Խորհուրդ ե՛նք տալիս
փոխադրամիջոցների հետ կապված հարցերը լուծել նախապես՝ քսանչորս (24) ժամ շուտ:

Ի. Ինչպե՞ս ստանալ ապահովագրվող ծառայությունները, երբ Ձեզ շտապ բուժօգնություն կամ անհապաղ օգնություն է հարկավոր կամ երբ արհավիրք է տեղի ունեցել

Ի1. Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնությունը, երբ Ձեզ շտապ բուժօգնություն է հարկավոր

Ի՞նչ է շտապ բուժօգնությունը:

Բժշկական շտապ բուժօգնությունը սուր ցավերով կամ լուրջ վնասվածքներով իրավիճակն է:
Իրադրությունն այնքան լուրջ է, որ, եթե շտապ բուժօգնություն չցուցադրվի, բժշկական
գիտելիքներ չունեցող որևէ այլ անձ, կարող է ունենալ հետևյալ հետևանքները.

- Փոխադրումը կարող է վտանգել ձեր կամ չճանաչված երեխայի առողջությունը կամ
անվտանգությունը, **կամ**
- Լուրջ վնաս կհասցվի մարմնի ֆունկցիաներին; **կամ**
- Մարմնի որևէ օրգանի կամ մասի ֆունկցիոնալության խանգարման լուրջ վնաս
կհասցվի; **կամ**
- Հղի կնոջ ակտիվ ծննդաբերական ցավերի դեպքում, երբ՝
 - բավարար ժամանակ չկա Ձեզ ապահով կերպով տեղափոխելու մեկ այլ
հիվանդանոց մինչև ծննդաբերելը:
 - փոխադրումը կարող է վտանգել Ձեր կամ չճանաչված երեխայի առողջությունը
կամ անվտանգությունը:

Ի՞նչ պետք է անեք, եթե բժշկական արտակարգ իրավիճակում եք գտնվում

Եթե շտապ բուժօգնության կարիք ունեք՝

- **Հնարավորինս շուտ ստացեք օգնությունը:** Չանգահարեք 911 կամ գնացեք
մոտակա շտապ օգնության բաժանմունք կամ հիվանդանոց: Չանգահարեք շտապ
օգնություն, եթե դրա կարիքն ունեք: Կարիք **չկա**, որպեսզի նախնական
հաստատում կամ ուղեգիր ստանաք Ձեր PCP-ից:
- **Հնարավորինս շուտ տեղեկացրեք մեր ծրագրին Ձեր շտապ օգնության
մասին:** Մենք պետք է վերահսկենք Ձեր շտապ բուժօգնության ծառայությունների
մատուցումը: Դուք կամ որևէ այլ մեկը, սովորաբար 48 ժամվա ընթացքում, պետք է
զանգահարի մեզ և հայտնի Ձեր հետ պատահած անհետաձգելի պատահարի
մասին: Ամեն դեպքում Դուք չեք վճարելու շտապ բուժօգնության ծառայությունների

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



համար, եթե մեզ ուշ տեղեկացնեք դրա մասին: Լրացուցիչ տեղեկության համար
զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների
խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը՝ 8:00 -
20:00, շաբաթը յոթ օր: Մեր Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի համարը նաև
գտնվում է Ձեր անդամակցության ID քարտի վրա:

Բժշկական արտակարգ իրավիճակներում փոխհատուցվող ծառայություններ

Փոխհատուցվող շտապ բուժօգնություն կարող եք ստանալ ցանկացած պահի՝ Միացյալ
Նահանգների կամ իր տարածքների ցանկացած վայրում: Եթե Ձեզ հարկավոր է
շտապօգնություն անհետաձգելի բուժօգնության սենյակ հասնելու համար, մեր ծրագիրը դա
փոխհատուցում է: Անդրադարձե՛ք Նպաստների աղյուսակին՝ Գլուխ 4-ի Բաժին D-ում:

2022թ.-ին Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը մեր անդամներին առաջարկում է
արտակարգ բժշկական ապահովագրություն, երբ այն անհրաժեշտ է, աշխարհում ցանկացած
վայրում: Միացյալ Նահանգներից դուրս ամեն տարի անհետաձգելի/անհապաղ
ծառայությունների ծրագրի փոխհատուցման սահմանափակում չկա: Լրացուցիչ
տեղեկությունների համար անդրադարձե՛ք Նպաստների աղյուսակին՝ Գլուխ 4-ի Բաժին D:

Անհետաձգելի բուժօգնության ավարտից հետո Ձեզ հնարավոր է անհրաժեշտ լինի հետագա
ամբուլատոր հսկողություն վստահ լինելու համար, որ Դուք ապաքինվում եք: Ձեր հետագա
բժշկական հսկողությունը փոխհատուցվում է մեր կողմից: Եթե Ձեր արտակարգ իրավիճակների
համար խնամք եք ստանում ոչ ցանցային պրովայդերներից, ապա մենք կփորձենք
հնարավորինս արագ Ձեզ ցանցային մատակարարներ տրամադրել:

Ստանալ արտակարգ իրավիճակների խնամք, եթե դա արտակարգ իրավիճակ չէր

Երբեմն, դժվար է պարզել, թե արդյոք Դուք շտապ բուժօգնության կարիք ունեցել եք, թե ոչ: Դուք
կարող եք շտապ օգնության համար այցելել բժշկի, ով կարող է ասի, թե դա իսկապես
արտակարգ իրավիճակ չի եղել: Զանի որ Դուք իրականում կարծել եք, որ Ձեր առողջությունը
գտնվում է լուրջ վտանգի տակ, մենք կփոխհատուցենք ձեր ստացած բուժօգնությունը:

Այնուամենայնիվ, եթե բժիշկն ասի, որ շտապ օգնության կարիք չի եղել, մենք Ձեր լրացուցիչ
բուժօգնությունը կփոխհատուցենք միայն, եթե.

- Գնաք ցանցային ծառայություն մատուցողի մոտ **կամ**
- Ձեր ստացած լրացուցիչ բուժօգնությունը կհամարվի «անհապաղ բուժօգնություն»
և, եթե Դուք հետևեք այս բուժօգնությունը ստանալու օրենքներին: (Անցե՛ք
հաջորդ բաժինը:)

H2. Շտապ անհրաժեշտ խնամք

Շտապ անհրաժեշտ խնամքի սահմանումը

Անհապաղ բուժօգնությունը՝ դա այն բուժօգնությունն է, որը Դուք ստանում եք հանկարծակի
հիվանդության, վնասվածքի համար կամ այն իրադրությունը, որը չի համարվում արտակարգ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



իրավիճակ, սակայն պահանջում է անհապաղ բուժօգնության ցուցադրում: Օրինակ, Ձեզ մոտ կարող է լինել հիվանդության հանկարծակի սրացում և բուժման կարիք ունենալ:

Անհապաղ բուժօգնության կարիք, երբ գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքում

Մեծամասամբ, մենք փոխհատուցում ենք անհապաղ բուժօգնությունը միայն, եթե՝

- Դուք ստանում եք այդ բուժօգնությունը ցանցային մատուցողից, և
- Դուք հետևում եք այս գլխում նկարագրված այլ կանոններին:

Ինչևիցե, եթե չկարողանաք գտնել ցանցային մատուցող, մենք կփոխհատուցենք անհապաղ բուժօգնությունը, որը կստանաք ոչ ցանցային մատուցողից:

Անհապաղ բուժօգնության անհրաժեշտություն, երբ գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս

Երբ Դուք սպասարկման տարածքից դուրս եք գտնվում, հնարավոր է, չկարողանաք ստանալ ցանցային մատուցողի ծառայություններ: Այդպիսի դեպքում, մեր ծրագիրը կփոխհատուցի անհապաղ բուժօգնությունը, որը կստանաք ցանկացած մատուցողից:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը մեր երկրներին առաջարկում է արտակարգ բժշկական ապահովագրություն, երբ այն անհրաժեշտ է, աշխարհում ցանկացած վայրում: Միացյալ Նահանգներից դուրս ամեն տարի անհետաձգելի/անհապաղ ծառայությունների ծրագրի փոխհատուցման սահմանափակում չկա: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անդրադարձեք Նպաստների աղյուսակին՝ Գլուխ 4-ի Բաժին D:

H3. Բուժօգնություն արհավիրքի ժամանակ

Առողջապահության և սոցապահովման նախարարության քարտուղարը կամ Միացյալ Նահանգների Նախագահը հայտարարեն արհավիրքի կամ արտակարգ իրավիճակի մասին Ձեր տարածաշրջանում, Դուք դեռևս կարող եք ստանալ բուժօգնություն Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից:

Պաշտոնապես հայտարարված արտակարգ իրավիճակի դեպքում անհրաժեշտ բուժօգնություն ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Պաշտոնապես հայտարարված արտակարգ իրավիճակի դեպքում Ձեզ կթույլատրվի ցանցի մեջ չմտնող մատուցողներից անվճար բուժօգնություն ստանալ: Եթե պաշտոնապես հայտարարված արտակարգ իրավիճակի դեպքում չկարողանաք օգտվել ցանցային դեղատնից, Դուք կկարողանաք ստանալ ձեր դեղատոմսով դուրս գրվող դեղը ցանցի մեջ չմտնող դեղատնից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք անցե՛ք՝ Գլուխ 5:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



I. Ի՞նչ կլինի, եթե անմիջապես ձեզ ներկայացնեն այն ծառայությունների լրիվ հաշիվը, որոնք մտնում են ծրագրի մեջ:

Եթե մատուցողը հաշիվն ուղարկում է Ձեզ՝ ծրագրին ներկայացնելու փոխարեն, Դուք պետք է
դիմեք մեզ, որպեսզի մենք վճարենք հաշվի մեր բաժինը:

Դուք չպետք է վճարեք հաշիվն ինքներդ: Եթե վճարեք, հնարավոր է, ծրագիրը չկարողանա հետ վճարել ձեզ անհրաժեշտ գումարը:

Եթե փոխհատուցվող ծառայությունների համար վճարել եք Ձեր հասանելի բաժնից ավել կամ,
եթե ստացել եք փոխհատուցվող բժշկական ծառայությունների լրիվ հաշիվը, անդրադարձեք
Գլուխ 7-ի Բաժին A-ի և B-ին՝ իմանալու համար, թե ինչ անել:

1I. Ի՞նչ պետք է անեք, եթե ծառայությունները չեն մտնում մեր ծրագրի մեջ:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մեջ մտնում են բոլոր ծառայությունները՝

- Որոնք համարվում են բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ, և
- Որոնք նշված են ծրագրի Նպաստների աղյուսակում (անցե՛ք Գլուխ 4-ի Բաժին D): և
- Որոնք Դուք ստանում եք՝ հետևելով ծրագրի կանոններին:

Եթե Դուք ստանում եք ծառայություններ, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր ծրագրի կողմից, **Դուք
ինքներդ պետք է վճարեք բոլոր ծախսերը:**

Եթե ցանկանում եք իմանալ, արդյոք մենք վճարում ենք որևէ բժշկական ծառայության կամ
բուժօգնության համար, Դուք իրավունք ունեք հարցնել մեզ: Նաև կարող եք գրավոր ձևով դիմել:
Եթե մենք ասենք, որ չենք վճարում ձեր ծառայությունները, Դուք իրավունք ունեք բողոքարկել
մեր որոշումը:

Գլուխ 9-ի Բաժիններ D, E, F և G -ում նկարագրված է, թե ինչ պետք է անեք, եթե ուզում եք, որ
մենք փոխհատուցենք որևէ բժշկական միավոր կամ ծառայություն: Նաև նկարագրված է, թե
ինչպես բողոքարկել մեր որոշումը: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների խնամքի
կենտրոն՝ Ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին ավելին իմանալու համար:

Մենք վճարում ենք միայն որոշակի ծառայությունների համար որոշակի սահմանաչափով: Եթե
գերազանցեք սահմանաչափը, Դուք պետք է վճարեք լրիվ արժեքը՝ նմանատիպ ծառայությունից
լրիվ օգտվելու համար: Սահմանաչափերը պարզելու և իմանալու համար, թե որքան մոտ եք
արդեն Ձեր սահմանաչափին, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



J. Ինչպե՞ս են մատուցվում Ձեր բուժօգնության ծառայությունները, երբ Դուք մասնակցում եք ինչ-որ կլինիկական հետազոտության:

J1. Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության սահմանումը

Կլինիկական հետազոտությունը (նաև կոչվում է կլինիկական փորձարկում) բժշկների կողմից նոր տեսակի բուժօգնությունները կամ դեղերը փորձարկելու միջոց է: Դրա համար նրանք խնդրում են կամավորներին օգնել իրենց այդ հարցում: Նման տեսակի հետազոտությունները օգնում են բժշկներին որոշել, արդյոք նոր տեսակի բուժօգնությունը կամ դեղերը արդարացնում են իրենց և արդյոք դա ապահով է:

Եթե Medicare-ը հաստատում է հետազոտությունը, որին ուզում եք մասնակցել, հետազոտության աշխատակիցը կկապվի Ձեզ հետ: Այդ անձը կներկայացնի Ձեզ հետազոտության բնույթը և կպարզի՝ արդյոք համապատասխանում եք այդտեղ ընդգրկվելու համար: Դուք կարող եք մասնակցել հետազոտությանը այնքան ժամանակ, քանի դեռ համապատասխանում եք անհրաժեշտ պահանջներին: Դուք պետք է նաև հասկանաք և ընդունեք հետազոտության հետ կապված Ձեր անելիքները:

Քանի դեռ Դուք մասնակցում եք հետազոտությանը, պետք է մնաք մեր ծրագրի մեջ: Այդպիսով Դուք կշարունակեք ստանալ հետազոտության հետ չառնչվող բուժօգնությունը:

Եթե ուզում եք մասնակցել Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությանը, կարիք չկա մեզանից կամ ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողից հաստատում ստանալու: Մատուցողները, որոնք հետազոտության շրջանակներում Ձեզ ծառայություններ են մատուցում, պարտադիր չէ, որ լինեն ցանցային մատուցողներ:

Դուք պետք է տեղեկացնեք մեզ՝ նախքան կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելը:

Եթե պլանավորում եք մասնակցել կլինիկական հետազոտությանը, Դուք կամ Ձեր ինսամքի համակարգողը պետք է կապվեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ:

J2. Ծառայությունների վճարում, երբ Դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության մեջ

Եթե Դուք կամավոր մասնակցեք կլինիկական հետազոտությանը, որը հաստատվում է Medicare-ի կողմից, Դուք ոչինչ չեք վճարելու հետազոտության շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների համար: Այդ ծառայությունների, ինչպես նաև Ձեր բուժօգնության հետ կապված այլ ծախսերի համար վճարելու է Medicare-ը: Եթե Դուք մասնակցում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությանը, Ձեր ստացած միավորների և ծառայությունների մեծ մասը կփոխհատուցվի՝ որպես հետազոտության մասնակցի: Այդ թվում նաև՝

- Հիվանդանոցային սենյակի կամ պալատի համար, որը Medicare-ը կվճարե, նույնիսկ, եթե Դուք չլինեիք հետազոտության մեջ:
- Վիրահատություն կամ այլ բժշկական պրոցեդուրաներ, որոնք կազմում են հետազոտության մի մասը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Կողմնակի արդյունքների և նոր բուժման հետ կապված բարդությունների բուժումը:

Եթե Դուք այն ուսումնասիրության մի մասն եք, որը Medicare-ը **չի հաստատել**, ապա Ձեզնից կպահանջվի վճարել զննման ծախսերը:

J3. Ուսումնասիրելով ավելին կլինիկական հետազոտությունների վերաբերյալ

Կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք կարդալ «Medicare-ը և կլինիկական հետազոտությունները»՝ Medicare-ի վեբկայքում (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf): Դուք կարող եք նաև զանգահարել 24/7 շուրջօրյա հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

K. Ինչպե՞ս են մատուցվում Ձեր բուժօգնության ծառայությունները, երբ Դուք գտնվում եք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում:

K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանում

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունը՝ դա մի վայր է, որը մատուցում է Ձեզ այն բուժօգնությունը, որը սովորաբար կստանայիք հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժական հաստատությունում: Եթե հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալը հակասում է Ձեր կրոնական դավանանքին, մենք կփոխհատուցենք բուժօգնությունը կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում:

Դուք ցանկացած պահի կարող եք ընտրել բուժօգնության տեսակը՝ ցանկացած պատճառով: Այս նպաստը միայն Medicare-ի Մաս A-ի ստացիոնար ծառայությունների համար է (ոչ բժշկական առողջապահական ծառայություններ): Medicare-ը կվճարի միայն ոչ բժշկական առողջապահական ծառայությունների համար, որոնք կտրամադրվեն կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության կողմից:

K2. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանում

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունից բուժօգնություն ստանալու համար Դուք պետք է ստորագրեք իրավական փաստաթուղթ, որտեղ ասվում է, որ Դուք դեմ եք այնպիսի բուժում ստանալուն, որը «չսպասվող է»:

- «Չսպասվող» բուժումը այն բուժօգնությունն է, որը կամավոր է և չի պահանջվում որևէ ֆեդերալ, նահանգային կամ տեղական օրենքի կողմից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- «Սպասվող» բուժումը այն բուժօգնությունն է, որը կամավոր չէ և պահանջվում է ֆեդերալ, նահանգային կամ տեղական օրենքի կողմից:

Մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվելու համար, կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունից Ձեր ստացած բուժօգնությունը պետք է համապատասխանի հետևյալ պայմաններին.

- Բուժօգնությունը ապահովող հաստատությունը պետք է վկայագրված լինի Medicare-ի կողմից:
- Մեր ծրագրի կողմից ծառայությունների փոխհատուցումը սահմանափակված է բուժօգնության ոչ կրոնական ասպեկտներով:
- Եթե Դուք ստանում եք ծառայությունները այս հաստատությունից, որոնք մատուցվում են Ձեզ ինչ-որ հաստատությունում, կիրառվում են հետևյալ կանոնները՝
 - Ձեր առողջական վիճակը պետք է թույլ տա Ձեզ ստանալ ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունները կամ մասնագիտացված բուժական հաստատության բուժօգնությունը:
 - Մինչ հաստատություն տեղափոխվելը՝ Դուք պետք է ստանաք մեր կողմից հաստատում, հակառակ դեպքում՝ ձեր ծախսերը չեն փոխհատուցվի:

Ամեն մի հիվանդանոց տեղափոխվելու համար՝ փոխհատուցվող օրերի քանակի վրա սահմանաչափ չկա: Մանրամասների համար խնդրում ենք անցնել Նպաստների աղյուսակին՝ Գլուխ 4-ի Բաժին D:

L. Երկարակյաց բժշկական սարքավորումներ (DME)

L1. DME-ն որպես մեր ծրագրի անդամ

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ նշանակում է, որոշակի առարկաներ, որոնք պատվիրվել են մատուցողի կողմից ձեր տանն օգտագործելու համար: Այս առարկաների օրինակներ են՝ անվասայլակները, գլխարկներ, հերմետիկները, հագեցած դոշակային համակարգեր, դիաբետիկ պարագաներ, հիվանդանոցային մահճակալներ, որոնք մատակարարվում են տանը օգտագործելու համար, IV ինֆուզիոն պոմպեր, խոսող սարքեր, թթվածին սարքավորում և պարագաներ, ինգայատորները, ճռնիկները:

Դուք միշտ կունենաք այնպիսի առարկաներ, ինչպես օրինակ՝ պրոթեզները:

Այս բաժնում մենք կքննարկենք երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումները, որոնք պետք է վարձակալեք: Որպես Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամ, Դուք սովորաբար չեք դառնում վարձակալած սարքավորման սեփականատերը՝ անկախ նրանից, թե որքան ժամանակով եք այն վարձակալում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Որոշ դեպքերում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կարող է փոխանցել DME-ին պատկանող սեփականությունը՝ կախված նրանից, թե արդյոք բավարարում եք հետևյալ չափանիշներից մեկին կամ բոլորին՝

- Դուք ունեք շարունակական բժշկական կարիք, որն արժե \$150 դոլարից պակաս և/կամ պարենբերալ/ներարկման պոմպեր,
- Բժշկի սերտիֆիկացում
- Եթե սարքը կամ սարքավորումները պատրաստված են Ձեզ հարմարեցնելու համար

Չանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որպեսզի իմանաք, թե ինչ պահանջների պետք է համապատասխանեք և, թե ինչ փաստաթղթեր պետք է ներկայացնեք:

L2. DME-ի սեփականությունը, երբ անցնում եք Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage-ի

Original Medicare ծրագրում, այն մարդիկ, ովքեր վարձակալում են որոշ տեսակի երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ, դառնում են դրանց սեփականատերեր 13 ամիս հետո: Medicare Advantage-ի ծրագրում ծրագիրը կարող է սահմանել ամիսների քանակը, որոնք DME-ն պետք է վարձակալի, նախքան նրանց պատկանելը:

Նկատի առեք. Գլուխ 12-ում կարող եք գտնել Original Medicare-ի և Medicare Advantage Plans-ի սահմանումները: Դուք կարող եք կարդալ Medicare & You 2022 (*Medicare-ը և Դուք 2022թ.*)-ի ձեռնարկը: Եթե Դուք այս գրքույկի կրկնօրինակը չունեք, Դուք կարող եք այն գտնել Medicare-ի կայքէջում (www.medicare.gov) կամ զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)՝ շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով:

Դուք պետք է կատարեք 13 միանվագ վճարում Original Medicare-ի շրջանակներում, կամ դուք ստիպված կլինեք կատարել վճարումների քանակը Medicare Advantage ծրագրի կողմից սահմանված շրջանակներում, եթե ունենաք DME-ի սեփականությունը, եթե՝

- Դուք չեք դառնել երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման սեփականատեր, քանի դեռ գտնվել եք մեր ծրագրում և
- Դուք դուրս եք գալիս մեր ծրագրից և ստանում եք Ձեր Medicare-ի նպաստները՝ Իսկական Medicare-ի ծրագրի մեջ չմտնող որևէ առողջապահական ծրագրից դուրս:

Եթե Դուք վճարել եք երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման համար Original Medicare-ի շրջանակներում՝ մինչև մեր ծրագրին միանալը, **ապա այդ Original Medicare կամ Medicare Advantage վճարումները չեն հաշվարկվում մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո կատարվող վճարումների նկատմամբ:**

- Դուք պետք է կատարեք 13 միանվագ վճարում Original Medicare-ի շրջանակներում, կամ Դուք ստիպված կլինեք կատարել վճարումների քանակը

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Medicare Advantage ծրագրի կողմից սահմանված շրջանակներում, եթե ունենաք
DME-ի սեփականությունը:

- Այս դեպքի համար բացառություններ չկան, երբ Դուք վերադառնում եք Original Medicare կամ Medicare Advantage ծրագրերին:

L3. Թթվածնի սարքավորումների նպաստ՝ որպես մեր ծրագրի անդամ

Եթե Դուք որակավորում եք Medicare- ով ընդգրկված թթվածնի սարքավորումների համար և մեր
ծրագրի անդամ եք, մենք կներկայացնենք հետևյալը՝

- Թթվածնային սարքավորումների վարձակալություն
- Թթվածնի և թթվածնի պարունակության առաքում
- Խողովակներ և հարակից պարագաներ թթվածնի և թթվածնի պարունակության
առաքման համար
- Թթվածնային սարքավորումների սպասարկում և նորոգում

Թթվածնի սարքավորումները պետք է վերադարձվեն տիրոջը, երբ դա այլևս բժշկականորեն
անհրաժեշտ չէ Ձեզ համար, կամ եթե Դուք լքեք մեր ծրագիրը:

L4. Թթվածնի սարքավորումներ, երբ անցում եք կատարում Original Medicare-ի կամ Medicare-ի նպաստների

Երբ թթվածնի սարքավորումները բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են, և Դուք լքում եք
Ձեր ծրագիրը և անցնում եք Original Medicare-ի, ապա 36 ամսվա ընթացքում այն վարձելու եք
մատակարարից: Ձեր ամսական վարձավճարները փոխհատուցում են թթվածնի
սարքավորումները և վերը թվարկված պարագաներն ու ծառայությունները՝

Եթե թթվածնի սարքավորումները **36 ամսվա վարձույթից հետո** բժշկականորեն անհրաժեշտ
են՝

- Ձեր մատակարարը պետք է ապահովի թթվածնի սարքավորումները,
պարագաները և ծառայությունները ևս 24 ամիս:
- Ձեր մատակարարը բժշկական օգնության դեպքում պետք է ապահովի թթվածնի
սարքավորումներ և պարագաներ մինչև 5 տարի տևողությամբ:

Եթե թթվածնի սարքավորումները **5-ամյա ժամանակահատվածի ավարտից հետո** դեռևս
բժշկականորեն անհրաժեշտ են.

- Ձեր մատակարարը այլևս կարիք չունի այն տրամադրելու, և Դուք կարող եք
ընտրել փոխարինող սարքավորումներ ձեռք բերել ցանկացած մատակարարից:
- սկսվում է նոր 5-ամյա ժամանակահատված:



- Դուք մատակարարից վարձելու եք 36 ամիս տևողությամբ:
- Ձեր մատակարարը պետք է ապահովի թթվածնի սարքավորումները, պարագաները և ծառայությունները ևս 24 ամիս:
- Նոր ցիկլը սկսվում է ամեն 5 տարին մեկ անգամ, քանի դեռ թթվածնի սարքավորումները բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են:

Երբ թթվածնի սարքավորումները բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են, և **Դուք լըում եք Ձեր ծրագիրը և անցնում եք Medicare Advantage ծրագրին**, ապա պլանը կներառի առնվազն այն, ինչ ընդգրկում է Original Medicare-ը: Կարող եք հարցնել Ձեր Medicare Advantage ծրագրից, թե ինչ թթվածնի սարքավորումներ և նյութեր են այն ընդգրկում և ինչ ծախսեր կլինեն:



Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ

Ներածություն

Այս բաժինը պատմում է Ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնք փոխհատուցում է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը, ինչպես նաև այդ ծառայությունների ցանկացած արգելքների կամ սահմանափակումների մասին և, թե որքան գումար եք վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: Այն նաև պատմում է Ձեզ մեր ծրագրի կողմից չփոխհատուցվող նպաստների մասին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ձեր փոխհատուցված ծառայությունները և Ձեր գրպանից վճարված ծախսերը.....	69
A1. Հասարակական առողջության արտակարգ իրավիճակների ժամանակ.....	69
B. Կանոններ այն պրովայդերների դեմ, ովքեր Ձեզից գումար են գանձում ծառայությունների համար.....	69
C. Մեր ծրագրի նպաստների աղյուսակը.....	70
D. Նպաստների աղյուսակը.....	72
E. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից դուրս փոխհատուցվող ծառայություններ.....	125
E1. Կալիֆորնիայի համայնքի փոխանցումներ (CCT).....	125
E2. Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագիր.....	126
E3. Ծերանոցի ծառայություններ.....	126
F. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare կամ Medi-Cal ծրագրերի կողմից չփոխհատուցվող նպաստներ.....	127



A. Ձեր փոխհատուցված ծառայությունները և Ձեր գրպանից վճարված ծախսերը

Այս գլխում նկարագրված է, թե որ ծառայությունների համար է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը վճարում Ձեզ: Նաև ասված է, թե որքան եք Դուք վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: Կարող եք նաև տեղեկանալ չփոխհատուցվող ծառայությունների մասին: Դեղերի նպաստների մասին տեղեկությունները ներկայացված են Գլուխ 5-ի Բաժիններ B-ում, C-ում և D-ում: Այս գլխից նաև բացատրվում է որոշ ծառայությունների սահմանափակումները:

Որոշ ծառայությունների համար Ձեզանից կգանձվի որոշակի գումար, որը կոչվում է համավճար: Սա ֆիքսված գումար է (օրինակ՝ \$5), որը Դուք վճարում եք ամեն անգամ ծառայություն ստանալիս: Համավճարը պետք է վճարվի բժշկական ծառայությունը ստանալիս:

Եթե օգնության կարիք ունեք՝ հասկանալու համար, թե որ ծառայություններն են փոխհատուցվում, զանգահարե՛ք ինքնաբերական համակարգողին և/կամ Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 մինչև 20:00, շաբաթը 7 օր:

A1. Հասարակական առողջության արտակարգ իրավիճակների ժամանակ

Ծրագրերը, որոնք ապահովում են հանրային առողջության արտակարգ իրավիճակների հայտարարության ենթակա անդամներին (օրինակ՝ COVID-19 համաճարակը) անհրաժեշտ փոխհատուցում և թույլատրելի ճկունություն, հակիրճ նկարագրվում են այստեղ ընդգրկվածությունն ու ճկունությունը կամ ընդգրկում են փոխհատուցման և ճկունության մասին ընդհանուր տեղեկությունները, ինչպես նաև կիրառելի են ցանկացած այլ ուղղորդումների հետ: Ծրագրերը ներառում են, թե արդյոք նման փոխհատուցումը և ճկունությունը կախված են հանրային առողջության արտակարգ իրավիճակի տևողությունից, որը կարող է տևել կամ չշարունակվել ամբողջ տարին: Ծրագրերը ներառում են նաև ցանկացած կոնկրետ կոնսուլտային տեղեկատվություն, ըստ կիրառելիության, որտեղ անդամները կարող են ավելի շատ մանրամասներ ստանալ:

B. Կանոններ այն պրովայդերների դեմ, ովքեր Ձեզնից գումար են գանձում ծառայությունների համար

Մենք թույլ չենք տալիս Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մատուցողներին փոխհատուցվող ծառայությունների դիմաց հաշիվ ներկայացնել Ձեզ: Մենք վճարում ենք մեր մատակարարներին ուղղակիորեն և զերծ ենք պահում Ձեզ որևէ վճարումներից: Սա ճիշտ է, նույնիսկ այն դեպքում, եթե մենք մատուցողին ավելի քիչ ենք վճարում, քան ծառայության արժեքն է:

Դուք երբևէ ծառայություններ մատուցողից որևէ օրինագիծ չպետք է ստանաք փոխհատուցված ծառայությունների համար: Ստանալու դեպքում անցե՛ք Գլուխ 7-ի Բաժին A-ին կամ զանգահարե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



C. Մեր ծրագրի նպաստների աղյուսակը

Նպաստների աղյուսակում ներկայացված է, թե որ ծառայություններն են վճարվում ծրագրի կողմից: Այնտեղ թվարկված են ծառայությունների դասակարգումները այբբենական կարգով և բացատրված են փոխհատուցվող ծառայությունները:

Մենք կվճարենք Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար միայն, եթե համապատասխանեք հետևյալ կանոններին:

- Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի փոխհատուցվող ծառայությունները պետք է մատուցվեն Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից սահմանված կանոններին համաձայն:
- Ծառայությունները (ներառյալ՝ բուժօգնությունը, հոգեկան առողջության պահպանման և պսիխոակտիվ նյութերի օգտագործման ծառայությունները, երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը, միջոցները, սարքավորումները և դեղերը) պետք է անհրաժեշտ լինեն բժշկական տեսանկյունից: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ նշանակում է, որ Ձեզ այդ ծառայություններն անհրաժեշտ են իրավիճակը կանխելու, ախտորոշելու կամ բուժելու համար: Սրա մեջ մտնում է այն բուժօգնությունը, որի շնորհիվ կարիք չեք ունենա զնալ հիվանդանոց կամ առողջարան: Այն նաև նշանակում է այն ծառայությունները, միջոցները կամ դեղերը, որոնք համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված ստանդարտներին: Բժշկական տեսանկյունից ծառայության կարիք կա, երբ կյանքը պաշտպանելու, հիվանդության կամ զգալի հաշմանդամության կանխարգելման կամ ծանր ցավը թեթևացնելու համար ողջամիտ է և անհրաժեշտ է:
- Դուք ստանում եք Ձեր բուժօգնությունը ցանցային մատուցողից: Ցանցային ծառայություններ մատուցողը այն ծառայություն մատուցողն է, որն աշխատում է մեզ հետ: Դեպքերի մեծ մասում մենք չենք վճարի ոչ-ցանցային մատակարարից Ձեր ստացած բուժօգնության համար: Գլուխ 3-ի Բաժին D-ում ավելի հանգամանորեն է նկարագրված ցանցային և ոչ ցանցային մատուցողներից օգտվելու գործընթացը:
- Դուք ունեք առաջնային բուժօգնություն մատուցող (PCP) կամ բուժօգնության թիմ, որը ապահովում և կազմակերպում է Ձեր բուժօգնությունը: Մեծամասամբ, Դուք պետք է ստանաք թույլտվություն մեր ծրագրի կողմից՝ նախքան կկարողանաք օգտվել որևէ մեկի ծառայություններից, ով Ձեր PCP-ն չի կամ կկարողանաք օգտվել ցանցային որևէ այլ մատուցողի ծառայություններից: Սրան անվանում են ուղեգիր: Գլուխ 3-ի Բաժին D-ում ավելի հանգամանորեն է նկարագրված ուղեգիր ստանալու գործընթացը և բացատրվում է, թե երբ կարիք չկա ուղեգրման:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Դուք պետք է ստանաք բուժսպասարկում մատակարարներից, որոնք փոխկապակցված են Ձեր առաջնային բուժօգնության օղակի մատակարարի բժշկական խմբի հետ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 3-ի Բաժին D:
- Նպաստների աղյուսակում նշված որոշ ծառայություններ փոխհատուցվում են միայն, եթե Ձեր բժիշկը կամ ցանցային այլ մատուցող նախապես հաստատում է ստանում մեզանից: Սա կոչվում է նախնական լիազորում: Փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնք նախնական հաստատման կարիք ունեն, նշված են Նպաստների աղյուսակում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 4-ի Բաժին D: շեղ տառերով
- Բոլոր կանխարգելիչ ծառայություններն անվճար են: Դուք կգտնեք այս խնձորը 🍏
Նպաստների աղյուսակում կանխարգելիչ ծառայությունների կողքին:
- CPO ծառայությունները կարող են հասանելի լինել Ձեր (Individualized Care Plan-ի շրջանակներում: Այս ծառայությունները Ձեզ ավելի շատ օգնություն են ցույց տալիս տանը, ինչպիսիք են կերակուրները, օգնում են Ձեզ կամ ձեր խնամակալին, ինչպես նաև ցնցուղի և թեքահարթակների օգնություն են տրամադրում: Այս ծառայությունները կարող են օգնել Ձեզ ապրել ավելի ինքնուրույն, բայց **չեն** փոխարինի երկարաժամկետ ծառայություններին և աջակցմանը (LTSS), որի համար լիազորված եք Medi-Cal-ի ներքո: CPO ծառայությունների օրինակներ, որոնք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը նախկինում առաջարկել է ներառում է՝ Partners in Care Foundation-ը՝ դեպքերի կառավարման, գնահատումների և տնային և համայնքային ծառայությունների համար, ինչպես նաև LifeSpring-ը՝ տուն առաքվող կերակուրների համար: Եթե Դուք օգնության կարիք ունեք կամ ցանկանում եք պարզել, թե CPO-ի ծառայությունները կարող են օգնել Ձեզ, ապա դիմեք Ձեր խնամքի համակարգողին:



D. Նպաստների աղյուսակը

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Որովայնային աորտայի անևրիզմալի հետազոտում Մենք վճարելու ենք միայն մեկ անգամ ուլտրաձայնային հետազոտման համար՝ այն մարդկանց համար, ովքեր վտանգի տակ են: Ծրագիրը ներառում է միայն այս ցուցադրությունը, եթե Դուք ունեք որոշակի ռիսկի գործոնները կամ եթե Դուք դրա համար ուղեգիր եք ստանում Ձեր բժշկից, բժշկի օգնականից, բուժքրոջից կամ կլինիկայի այլ մասնագետից:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ասեղնաբուժություն Մենք կվճարենք մինչև երկու ամբուլատոր ասեղնաբուժության ծառայությունների համար ցանկացած մեկ օրացուցային ամսվա մեջ, կամ ավելի հաճախ, եթե նրանք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ լինի. Մենք նաև կվճարենք մինչև 12 ասեղնաբուժության այցելությունների համար 90 օրվա ընթացքում, եթե ունեք մեջքի քրոնիկ ցավ, որը սահմանվում է հետևյալ կերպ՝ • տևում է 12 շաբաթ կամ ավելի երկար; • ոչ հատուկ (չունենալով համակարգային պատճառ, որը կարելի է բացահայտել, օրինակ՝ կապված չէ մետաստատիկ, բորբոքային կամ վարակիչ հիվանդության հետ); • կապված չէ վիրահատության հետ; և • կապված չէ հղիության հետ: Բացի այդ, մենք կվճարենք ասեղնաբուժության լրացուցիչ 8 սեսիաների համար մեջքի քրոնիկ ցավի դեպքում, եթե բարելավում ցուցաբերեք: Դուք չեք կարող տարեկան ավելի քան 20 ասեղնաբուժության բուժում ստանալ մեջքի քրոնիկ ցավերի համար: Քրոնիկ մեջքի ցավերի համար ասեղնաբուժության բուժումը պետք է դադարեցվի, եթե Ձեր վիճակը չի լավանում կամ եթե այն վատանում է: Նպաստները տրամադրվում են American Specialty Health Plans of California, Inc. հետ կնքված պայմանագրով (ASH Plans): Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ ASH-ի ծրագրերի մասնակից պրովայդեր գտնելու համար կարող եք զանգահարել ASH-ի ծրագրեր հետևյալ հեռախոսահամարներով՝ (800) 678-9133, TTY՝ (877) 710-2746, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը՝ առավոտյան 5-ից մինչև 18:00, Զարգերի դեպքում զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Զանգահարողների խնամքի կենտրոն կամ օգտագործեք Գտնել բժիշկ կայքը՝ blueshieldca.com՝ ASH-ի ծրագրերի մասնակից պրովայդեր գտնելու համար:	\$0

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Լրացուցիչ հեռահաղորդակցության ծառայություններ՝ Teladoc-ը բժշկի խորհրդատվություն է տրամադրում հեռախոսով կամ տեսանյութով՝ 24/7/365: Teladoc բժիշկները կարող են ախտորոշել և բուժել հիմնական բժշկական խնդիրներն, ինչպես նաև կարող են որոշակի դեղեր նշանակել: Teladoc-ը լրացուցիչ ծառայություն է, որը նախատեսված չէ Ձեր բժշկի խնամքը փոխարինելու համար: Այցելություն ստանալու համար խնդրում ենք մուտք գործել blueshieldca.com/teladoc կամ Blue Shield of California-ի հավելված: Հարցերի դեպքում կարող եք հեռախոսով կապվել Teladoc-ի հետ՝ 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) հեռախոսահամարով, TTY՝ 711 համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, տարին 365 օր:	\$0
Ալկոհոլային խմիչքների չարաշահման հետազոտում և խորհրդատվություն Մենք վճարելու ենք ալկոհոլային չարաշահման միայն մեկ հետազոտման համար (SBIRT)՝ այն չափահասների համար, ովքեր չարաշահում են ալկոհոլը, բայց կախվածություն չունեն: Այդ թվում նաև հղի կանայք: Եթե հետազոտման արդյունքները դրական լինեն, Դուք կարող եք ամեն տարի ստանալ մինչև չորս կարճատև, դեմ առ դեմ խորհրդատվություն (եթե Դուք ի վիճակի և սթափ լինեք խորհրդատվության ժամանակ) բարձրորակ առաջնային մատուցողի կամ առաջնային բուժօգնության բաժանմունքի բժշկի կողմից: Կարճատև միջամտություն(ներ)ը սովորաբար լինում են մեկ կամ երեք 15 րոպեանոց աշխատաշրջան, որը կառաջարկվի դեմ առ դեմ հանդիպման, հեռախոսային զրույցի կամ telehealth մեթոդներով:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Շտապ օգնության ծառայություններ Փոխհատուցվող շտապ օգնության ծառայությունները ներառում են անշարժ թևով, պտտական թևով և սանիտարական մեքենաներով ծառայությունները: Շտապ օգնության մեքենան կհասցնի Ձեզ մոտակա բուժօգնության կետը: Ձեր դրությունը պետք է բավականին լուրջ լինի, որ, եթե Դուք այլ կերպ բուժկետ հասնեք, կարող է վտանգել Ձեր առողջությունը կամ կյանքը: Այլ դեպքերի համար շտապ բուժօգնությունը պետք է հաստատվի մեր կողմից: Ոչ շտապ դեպքերի համար մենք կարող ենք վճարել շտապ օգնության համար: Ձեր դրությունը պետք է բավականին լուրջ լինի, որ, եթե Դուք այլ կերպ բուժկետ հասնեք, կարող է վտանգել Ձեր կյանքը կամ առողջությունը: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
Տարեկան ֆիզիկական հետազոտություն Ձեզ կփոխհատուցվի մեկ սովորական ֆիզիկական հետազոտության համար, յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ անգամ, բացի Ձեր տարեկան առողջության այցից: Այս այցը ներառում է Ձեր բժշկական և ընտանեկան պատմության համապարփակ ակնարկ, ուղեցի գլուխ հետազոտման գնահատման մանրամասն տեղեկատվություն և այլ ծառայություններ, ուղղորդումներ և առաջարկություններ, որոնք կարող են տեղին լինել: Ցանկացած լաբորատորական, ախտորոշիչ ընթացակարգեր, կամ այլ տեսակի ծառայություններ ընդգրկված չեն այս նպաստում, և Դուք յուրաքանչյուր ծառայության համար առանձին-առանձին վճարում եք ծրագրի ծախսերի բաշված գումարը:	\$0
 Առողջապահական տարեկան այցելություն Դուք կարող եք ստանալ տարեկան ստուգում: Սա կատարվում է կանխարգելման ծրագիր կազմելու կամ այն թարմացնելու համար՝ Ձեր ընթացիկ ռիսկային ֆակտորների հիման վրա: Սրա համար մենք կվճարենք ամեն 12 ամիսը մեկ անգամ:	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Ոսկրային մասսայի չափումներ Մենք կվճարենք որոշակի պրոցեդուրաների համար՝ այն անդամների համար, ովքեր մտնում են այդ դասակարգման մեջ (սովորաբար, եթե մարդը կորցնում է ոսկրային մասսան կամ ոսկրանոսրացման վտանգի տակ է): Այս պրոցեդուրաները նույնացնում են ոսկրային մասսան, հայտնաբերում ոսկրային կորուստը կամ բացահայտում ոսկրի որակը: Այս ծառայությունների համար մենք կվճարենք ամեն 24 ամիսը մեկ, կամ ավելի հաճախ, եթե նրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են: Մենք նաև կվճարենք այն բժշկին, ով կհետազոտի և արդյունքները կմեկնաբանի:	\$0
 Կրծքի ուռուցքի հետազոտում (մամոգրաֆիա) Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Մեկ նախնական մամոգրամ՝ 35-ից 39 տարեկան • Մեկ հետազոտական մամոգրաֆիա ամեն 12 ամիսը մեկ 40 տարեկան և բարձր կանանց համար • Կրծքի կլինիկական հետազոտություններ ամեն 24 ամսից մեկ	\$0
Սրտային (սրտի) վերականգնողական ծառայություններ Մենք կվճարենք սրտային վերականգնողական ծառայությունների համար, ինչպես օրինակ՝ վարժությունները, տեղեկատվությունը և խորհրդատվությունը: Անդամները պետք է համապատասխանեն որոշակի պայմաններին բժշկի <i>ուղեգրով</i>: Մենք նաև փոխհատուցում ենք ինտենսիվ սրտային վերականգնողական ծրագրերը, որոնք ավելի ինտենսիվ են, քան սրտային վերականգնողական ծրագրերը: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Սրտանոթային (սրտի) հիվանդության ռիսկի նվազեցման այցելություն (սրտային հիվանդության թերապիա) Մենք վճարում ենք տարեկան մեկ անգամ Ձեր առաջնային բուժսպասարկման մատակարարի մոտ այցելության համար Ձեր սրտանոթային հիվանդության վտանգը նվազեցնելու համար: Այս այցելության <i>կամ</i> այցելությունների ընթացքում Ձեր բժիշկը կարող է՝ • Զննարկել ասպիրինի օգտագործումը, • Ստուգել Ձեր արյան ճնշումը և/կամ • Խորհուրդներ տալ Ձեր ճիշտ սննդակարգի հետ կապված:	\$0
 Սրտանոթային (սրտի) հիվանդության թեստավորում Մենք վճարում ենք արյան անալիզների համար, որպեսզի ստուգենք սրտանոթային հիվանդությունը ամեն հինգ տարին (60 ամիս) մեկ: Այս արյան անալիզները նաև ստուգում են սրտի հիվանդության բարձր ռիսկի հետևանքով առաջացած թերությունները:	\$0
 Վզիկի և արգանդի քաղցկեղի հետազոտում Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար. • Բոլոր կանանց համար. Ցիտոլոգիական քսուկի և որովայնի հետազոտումներ ամեն 24 ամիսը մեկ • Վզիկի քաղցկեղի բարձր ռիսկի տակ գտնվող կանանց համար. Մեկ ցիտոլոգիական քսուկի անալիզ ամեն 12 ամիսը մեկ • Որովայնային ցիտոլոգիական քսուկի անալիզ հանձնած կանաց համար, ովքեր ծնելիության տարիքում են. մեկ ցիտոլոգիական քսուկի անալիզ ամեն 12 ամիսը մեկ • 30-65 տարեկան կանանց համար՝ մարդու պապիլոմավիրուսի (HPV) փորձարկում կամ Pap plus HPV թեստավորում 5 տարին մեկ անգամ	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Խիրուպրակտիկայի ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ Ողնաշարի կարգաբերում՝ հավասարությունը ուղղելու համար	\$0
 Կոլորեկտալ քաղցկեղի հետազոտում 50 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ - Ճկուն սիգմոիդոսկոպիա (կամ բարիոմային հոգնայով հետազոտում) ամեն 48 ամիսը մեկ - Ֆեկալ անալիզ թաքնված արյան համար, ամեն 12 ամիսը մեկ - Թաքնված արյան՝ գայակի վրա հիմնված ֆեկալ անալիզը կամ ֆեկալ իմունաքիմիական փորձարկում յուրաքանչյուր 12 ամիսը - ԴՆԹ-ի վրա հիմնված աղիների դիսպանսերացում յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ - Կոլոնոսկոպիայի հետազոտման համար՝ ամեն տասը տարին մեկ (բայց ոչ սիգմոիդոսկոպիայի հետազոտման 48 ամսվա ընթացքում): - Կոլոնոսկոպիայի (կամ բարիոմ հոգնայի հետազոտության) կոլորեկտալ քաղցկեղի բարձր ռիսկ ունեցող մարդկանց համար, յուրաքանչյուր 24 ամիս <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Համայնքային ծառայություններ մեծահասակների համար (CBAS) CBAS-ը ամբողջատոր, հաստատությունում կատարվող ծառայությունների ծրագիր է, որտեղ մարդիկ հաճախում են ըստ գրաֆիկի: Այն մատուցում է մասնագիտացված բուժքույրական օգնություն, սոցիալական ծառայություններ, թերապիաներ (ներառյալ մասնագիտական, ֆիզիկական և խոսքային), անձնական բուժօգնություն, ընտանիքի/ինամական ուսուցում և աջակցում, սննդային ծառայություններ, փոխադրամիջոցներ և այլ ծառայություններ: Մենք կվճարենք CBAS-ի համար, եթե համապատասխանեք իրավասության չափանիշներին: Նկատի առեք. Եթե CBAS հաստատությունը մատչելի չէ, մենք կարող ենք առանձին մատուցել այս ծառայությունները: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
 Խորհրդատվություն՝ ինչպես թողնել ծխելը կամ ծխախոտը Եթե Դուք ծխում եք, բայց ծխախոտի հետ կապված հիվանդության նշաններ կամ նախանշաններ չունեք և ուզում եք թողնել: - Մենք կվճարենք երկու փորձի համար 12 ամսվա ընթացքում՝ որպես կանխարգելիչ ծառայություն: Այս ծառայությունն անվճար է Ձեզ համար: Ամեն մի փորձ ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ այցելություն: Եթե Դուք ծխում եք և ախտորոշվել եք ծխախոտի հետ կապված հիվանդությամբ կամ ընդունում եք դեղեր, որոնք ներգործվել են ծխախոտի ազդեցությամբ: - Մենք կվճարենք երկու խորհրդատվության համար 12 ամսվա ընթացքում: Ամեն մի խորհրդատվություն ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ այցելություն: Եթե հղի եք, ապա Դուք կստանաք հակածխախոտային անսահմանափակ խորհրդատվություն՝ նախնական լիազորությամբ:	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ատամնաբուժական ծառայություններ Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագրի միջոցով հասանելի են որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ, այդ թվում նաև մաքրումը, պլումբումը և ամբողջովին հանովի պրոթեզները: Այս նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Բաժին F-ին: Denti-Cal-ը կփոխհատուցի տարեկան մինչև \$1,800 արտակարգ իրավիճակի ծախսեր: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելե՛ք Denti-Cal-ի կայքը և California Medi-Cal Ատամնաբուժական ծառայությունների շահառու Ձեռնարկը՝ www.denti-cal.ca.gov <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
 Դեպրեսիայի հետազոտում Մենք կվճարենք մեկ դեպրեսիայի հետազոտման համար ամեն տարի: Հետազոտումը պետք է կատարվի առաջնային բուժօգնության հաստատությունում, որը կարող է աահովել հետազա վերահսկումն ու ուղեգրերը:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Դիաբետի հետազոտում Մենք կվճարենք այս հետազոտման համար (ներառյալ շաքարի մակարդակը արյան մեջ որոշող անալիզները), եթե Դուք ունեք հետևյալ ռիսկային գործոններից որևէ մեկը. • Արյան բարձր ճնշում (հիպերտոնիա) • Խոլեստերինի և տրիգլիցերիդի մակարդակների ոչ նորմալ պատմություն (դիսլիպիդեմիա) • Ճարպակալում • Շաքարի բարձր մակարդակ արյան մեջ (գլյուկոզա) Անալիզները կարող են փոխհատուցվել որոշ դեպքերում, ինչպես օրինակ, եթե Դուք գերքաշ ունեք և Ձեր ընտանիքի պատմության մեջ կա դիաբետ: Կախված անալիզի պատասխաններից՝ Ձեզ կարող են նշանակել դիաբետի մինչև երկու հետազոտում ամեն 12 ամիսը մեկ:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Դիաբետիկ ինքնակառավարման ուսուցում, ծառայություններ և միջոցներ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ բոլոր դիաբետ ունեցող մարդկանց համար (անկախ նրանից օգտագործում են ինսուլին, թե ոչ)։ • Գլյուկոզայի մակարդակը արյան մեջ վերահսկելու միջոցներ, այդ թվում նաև՝ ○ Գլյուկոզայի մակարդակը արյան մեջ վերահսկելու սարք ○ Արյան գլյուկոզայի փորձարկման նմուշներ ○ Նշտարային սարքեր և նշտարներ ○ Գլյուկոզայի կառավարման միջոցներ, որոնք ստուգում են փորձարկման նմուշների և վերահսկիչ սարքի ճշտությունը ○ Թեստային ժապավենների և արյան գլյուկոզի մոնիտորների համար նախընտրելի արտադրողը Abbott-ն է FreeStyle®-ը (պատրաստված է Abbott-ի կողմից) թեստային ժապավենները և արյան գլյուկոզի մոնիտորները չեն պահանջի, որ ձեր բժիշկը նախօրոք հավանություն ստանա (երբեմն կոչվում է «նախնական թույլտվություն») ծրագրից։ Բոլոր մյուս արտադրողների թեստային ժապավենները և արյան գլյուկոզի մոնիտորները կպահանջեն ձեր բժշկին նախօրոք հաստատվել (երբեմն կոչվում է «նախնական թույլտվություն») ծրագրի կողմից։ • Դիաբետիկների համար, ովքեր ունեն սուր դիաբետիկ ոտքի հիվանդություն, մենք կվճարենք հետևյալը. ○ Մեկ զույգ թերապևտիկ հարմարեցված չափով կոշիկ (ներառյալ միջադիրները) և ամեն տարի՝ երկու զույգ լրացուցիչ միջադիր կամ ○ Մեկ զույգ խորը կոշիկ և ամեն տարի՝ երեք զույգ միջադիր (դրանց մեջ չեն մտնում այդպիսի կոշիկներով ապահովված շարժական ներդիրները) • Մենք կվճարենք Ձեր դիաբետը վերահսկելու ուսուցումների համար՝ որոշ դեպքերում։ Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կապվեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն։ <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները։ Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք։</i>	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Երկարատև օգտագործման բժշկական (DME) սարքավորումներ և դրանց առնչվող միջոցներ («Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների (DME)» սահմանումը տես այս ձեռնարկի Գլուխ 12-ում:) Փոխհատուցվում են հետևյալ առարկաները. • Անվասայլակները • Հենակներ • Լիցքավորված ներքնակի համակարգ • Չոր ճնշման պահոց ներքնակի համար • Շաքարախտի ծառայություններ • Պրովայդերի կողմից պատվիրված հիվանդանոցային մահճակալներ տանը օգտագործելու համար • Ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր • Բժշկական պոմպեր և նյութեր • Խոսքի գեներացնող սարքեր • Բժշկական սարքավորումներ և միջոցներ • Ինգալյատորները • Քայլելու սարքավորումներ • Ստանդարտ կոր բռնակ կամ ձեռնափայտ և փոխարինող նյութեր • Արգանդի վզիկի ձգում (դռան վրա) • Ոսկրի աճի խթանիչներ • Դիալիզի խնամքի սարքավորումներ Այլ ապրանքներ կարող են փոխհատուցվել: Մենք վճարելու ենք բժշկական նշանակության բոլոր անհրաժեշտ DME-ները, որոնք սովորաբար վճարվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Եթե մեր տարածքում ձեր մատակարարը չի ունենա որոշակի ապրանքանիշ կամ արտադրող, ապա կարող եք հարցնել նրանց, թե արդյոք նրանք կարող են հատուկ պատվիրել այն Ձեզ համար: Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) և դրանց առնչվող միջոցներ (շարունակելի) <i>Թույլտվության կանոնները կարող են կիրառվել: Դուք պետք է խոսեք ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Շտապ բուժօգնություն Շտապ բուժօգնություն նշանակում է հետևյալ ծառայությունները. • Հատուկ շտապ բուժօգնության համար վերապատրաստված մատուցողի կողմից տրամադրված և • Որոնք անհրաժեշտ են շտապ բուժօգնության պարագայում: Բժշկական շտապ բուժօգնությունը՝ դա սուր ցավերով կամ լուրջ վնասվածքներով իրավիճակն է: Իրադրությունն այնքան լուրջ է, որ, եթե շտապ բուժօգնություն չցուցադրվի, բժշկական գիտելիքներ չունեցող որևէ այլ անձ, կարող է ունենալ հետևյալ հետևանքները. • Փոխադրումը կարող է վտանգել Ձեր կամ չձևված երեխայի առողջությունը կամ անվտանգությունը, կամ • Լուրջ վնաս կհասցվի մարմնի ֆունկցիաներին; կամ • Մարմնի որևէ օրգանի կամ մասի ֆունկցիոնալության խանգարման լուրջ վնաս կհասցվի; կամ • Հղի կնոջ ակտիվ ծննդաբերական ցավերի դեպքում, երբ՝ ○ Բավարար ժամանակ չկա Ձեզ ապահով կերպով տեղափոխելու մեկ այլ հիվանդանոց մինչև ծննդաբերելը: ○ Փոխադրումը կարող է վտանգել Ձեր կամ չձևված երեխայի առողջությունը կամ անվտանգությունը:	\$0 Դուք Միացյալ Նահանգներից և նրա տարածքներից դուրս ապահովագրված շտապ օգնության կամ անհապաղ անհրաժեշտ ծառայությունների տարեկան միասնական սահմանափակում չունեք: Միացյալ Նահանգներից և նրա տարածքներից դուրս ծառայությունները չեն տարածվում ծրագրի գրպանային առավելագույն սահմանաչափի վրա: Եթե Դուք շտապ բուժօգնությունը ստանում եք ոչ ցանցային հիվանդանոցում և շտապ բուժօգնության կայունացումից հետո ստացիոնար բուժման կարիք ունեք, ապա պետք է վերադառնաք ցանցային հիվանդանոց, որպեսզի շարունակեք ստանալ փոխհատուցվող բուժօգնությունը ԿԱՄ Ձեր ստացիոնար բուժումը ոչ ցանցային հիվանդանոցում պետք է լիազորվի ծրագրի կողմից, իսկ Ձեր ծախսը կազմում է վճարի այն մասը, որը պետք է վճարեք ցանցային հիվանդանոցին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ Օրենքը թույլ է տալիս Ձեզ ընտրել ցանկացած մատուցողի ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների համար: Սա նշանակում է՝ ցանկացած բժիշկ, կլինիկա, հիվանդանոց, դեղատուն կամ ընտանիքի պլանավորման գրասենյակ: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Ընտանիքի պլանավորման հետազոտում և բուժում • Ընտանիքի պլանավորման լաբորատոր և ախտորոշիչ անալիզներ • Ընտանիքի պլանավորման մեթոդներ (IUC/IUD, իմպլանտներ, ներարկումներ, հակաբեղմնավորիչ հաբեր, լցափակում (patch) կամ օղակ) • Ընտանիքի պլանավորման միջոցներ դեղատոմսով (պահպանակներ, սպունգ, փրփուր, երիզ, դիաֆրագմա, գլխիկ) • Անպտղության խորհրդատվություն և ախտորոշում և հարակից ծառայություններ • Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների խորհրդատվություն և անալիզներ (STIs) • Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների խորհրդատվություն, AIDS և այլ HIV-ին առնչվող իրավիճակներ • Մշտական հակաբեղմնավորում (Դուք պետք է 21 տարեկան կամ ավելի մեծ լինեք և պետք է ստորագրեք ստերջացման ֆեդերալ համաձայնագրի ձևը: Դուք է անցնի առնվազն 30 օր, սակայն 180 օրից ոչ ավել, Ձեր ստորագրման օրվանից հետո՝ վիրահատությունը սկսելու համար:) • Գենետիկական խորհրդատվություն Մենք կվճարենք նաև ընտանիքի պլանավորման այլ ծառայությունների համար: Ինչևիցե, Դուք պետք է դիմեք մատակարարի մեր մատակարարների ցանցից հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Անպտղության բուժում (այս ծառայությունը չի ընդգրկում հղիանալու արհեստական եղանակները:) • AIDS-ի և այլ HIV-ին առնչվող վարակների բուժում • Գենետիկական անալիզներ	\$0 համավճար բժշկական և ախտորոշիչ ծառայությունների համար: Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար կարող են գործել դեղատոմսային համավճարներ:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Առողջության և բարեկեցության տեղեկատու ծրագրեր Մենք առաջարկում ենք բազմաթիվ ծրագրեր, որոնք կենտրոնացած են որոշակի առողջական վիճակների վրա: Դրանց թվում են. • Առողջության տեղեկատվության դասընթացներ; • Սննդի տեղեկատվության դասընթացներ; • Ծխելը և ծխախոտը թողնելու; և • Բուժքույրական խնամքի հեռախոսային կապ California-ի Blue Shield Promise-ի Առողջապահական ծրագրի Բուժքույրական խորհրդատվության գիծն առաջարկում է գրանցված բուժքույրերի աջակցություն, որը հասանելի կլինի հարցերին պատասխանելու համար օրական 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Չանգահարե՛ք Բուժքույրական խորհրդատվության Գիծ՝ (800) 609-4166 (TTY՝ 711): Բուժքույրերը հասանելի են հեռախոսով և առցանց՝ ընդհանուր առողջապահական հարցերին պատասխանելու և լրացուցիչ տեղեկությունների համար լրացուցիչ ռեսուրսների ուղղորդելու համար: Բուժքույրերի խորհրդատվության գծի միջոցով անդամները կարող են ունենալ նրանց ուղարկված գրույցի ամփոփագիրը, որը ներառում է բոլոր տեղեկությունները և հղումները հեշտ հղման համար:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Առողջապահական ակումբի անդամակցություն և ֆիթնես դասընթացներ SilverSneakers® Fitness Վարժություններ, կրթություն և սոցիալական գործունեություն հետևյալի մուտքով՝ • Հազարավոր ֆիթնեսի վայրեր ամբողջ երկրում, որոնք կարող եք օգտագործել ցանկացած պահի: • Վարժությունների սարքավորումներ և SilverSneakers դասեր: • Սոցիալական իրադարձություններ և գործողություններ: • SilverSneakers FLEX™ դասընթացներ, ինչպիսիք են յոգան, լատինական պարը և tai chi-ն: • SilverSneakers Life-ի հետ զգացեք Ձեզ, ինչպես դասընթացի վայրում՝ առանց տունը լքելու:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Լսողության ծառայություններ Մենք վճարում ենք Ձեր մատուցողի կողմից կատարված լսողության և հավասարակշռության անալիզների համար: Այս անալիզները կհայտնեն Ձեզ՝ արդյոք Դուք բուժման կարիք ունեք, թե ոչ: Նրանք փոխհատուցվում են որպես ամբուլատոր բուժօգնություն, երբ ստանում եք բժշկի, օթոլարինգոլոգի կամ այլ որակավորված մատուցողի կողմից: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը փոխհատուցում է մինչև \$2,000 արժեք ունեցող լսողական օգնության նպաստներ երկու ականջների համար, որոնք համակցված են յուրաքանչյուր ֆինանսական տարում (հունվարի 1-ից դեկտեմբերի 31-ը): Լսողության վերականգնման ծառայություններ • Լսողական սարքեր • Կադապարներ • Փոփոխությունների մատակարարում • Աքսեսուարներ Ի լրացում վերը նշված լրացուցիչ նպաստի, Medi-Cal-ը կարող է փոխհատուցել մինչև \$1,510 արժեք ունեցող լսողական օգնության նպաստներ յուրաքանչյուր ֆինանսական տարում (հուլիսի 1-ից հունիսի 30-ը): Եթե Դուք հղի եք կամ գտնվում եք առողջարանում, մենք նաև կվճարենք լսողական ապարատների համար, այդ թվում նաև՝ • Կադապարները, միջոցները և միջադիրները • Վերանորոգումները, որոնք կարժենան \$25-ից ավել • Մարտկոցների հիմնական կազմը • Ուսուցողական վեց այցելություն, կարգավորումներ և հարմարեցումներ մինույն վաճառողի մոտ՝ լսողական ապարատը ստանալուց հետո • Լսողական ապարատների փորձաշրջանի վարձակալմամբ <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0 համավճար

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 HIV հետազոտում Մենք վճարում ենք մեկ HIV հետազոտման համար ամեն 12 ամիսը մեկ հետևյալ մարդկանց համար. - Ովքեր դիմում են HIV հետազոտման անալիզի համար, կամ - Գտնվում են HIV վարակի բարձր ռիսկի տակ: Հղի կանանց համար մենք վճարում ենք մինչև երեք HIV անալիզի համար հղիության ընթացքում: Մենք նաև կվճարենք ՄԻԱՎ-ի լրացուցիչ գնման համար, երբ դա առաջարկվում է Ձեր մատակարարի կողմից:	\$0
Տնային առողջապահության գործակալություն Նախքան տնային առողջապահության ծառայությունները ստանալը, բժիշկը պետք է հաստատի, որ Դուք դրանց կարիքն ունեք և դրանք պետք է մատուցվեն տնային առողջապահության գործակալության կողմից: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և հնարավոր է այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ - Կես դրույքով կամ պարբերաբար կատարվող բուժքույրական և տնային աջակցման ծառայությունները (Փոխհատուցվելու են տնային բուժօգնության նպաստի կողմից, Ձեր բուժքույրական և տնային աջակցման ծառայությունները միասին չպետք է գերազանցեն օրական 8 ժամը և շաբաթական 35 ժամը): - Ֆիզիկական թերապիա, մասնագիտական թերապիա և խոսքի թերապիա - Բժշկական սոցիալական ծառայություններ - Բժշկական սարքավորումներ և պարագաներ <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Տնային ներարկման թերապիա Ծրագիրը կվճարի տնային ներարկման թերապիայի համար, որը սահմանվում է որպես դեղամիջոցներ կամ կենսաբանական նյութեր, որոնք ներարկվում են երակի մեջ կամ կիրառվում են մաշկի տակ և տրամադրվում են Ձեզ տանը: Տնային ներարկում իրականացնելու համար անհրաժեշտ է հետևյալը՝ • Դեղամիջոց կամ կենսաբանական նյութը, օրինակ՝ հակավիրուսային կամ իմունային գլոբուլինը, • Սարքավորումներ, ինչպիսիք են պոմպը: և • Սարքավորումներ, ինչպիսիք են՝ խողովակը կամ կաթետերը: Ծրագիրը կներառի տնային ներարկման ծառայություններ, որոնք ներառում են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ • Մասնագիտական ծառայություններ, ներառյալ՝ բուժքույրական ծառայությունները, որոնք մատուցվում են Ձեր խնամքի ծրագրին համապատասխան, • Անդամների վերապատրաստում և կրթություն, որոնք արդեն ներառված չեն DME նպաստի մեջ, • Հեռակա մոնիտորինգ, և • Տնային ներարկման թերապիայի և տնային ներարկման դեղամիջոցների տրամադրման մոնիտորինգի ծառայություններ, որոնք ապահովված են տնային ներարկման թերապիայի որակավորված մատակարարի կողմից: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	Դուք վճարում եք \$0 յուրաքանչյուր ներարկման թերապիայի տնային այցի համար



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Սննդի առաքում տուն Ստացիոնար հիվանդանոցից կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունից (SNF) դուրս գրվելիս ֆիզիկական անձանց համար մենք ընդգրկում ենք՝ • 22 սնունդ և 10 խորտիկ մեկ դուրսգրման համար • Անհրաժեշտության դեպքում կերակուրներն ու խորտիկները բաժանվելու են մինչև երեք առանձին առաքումների • Փոխհատուցումը սահմանափակված է տարեկան երկու դուրսգրմամբ Մանրամասն տեղեկության համար կարող եք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տալված են այս էջի Ներքևի մասում):	\$0
Ծերանոցի ծառայություններ Դուք կարող եք ստանալ օգնություն Medicare-ի կողմից արտոնագրված ցանկացած ծերանոցի ծրագրից: Դուք իրավունք ունեք ընտրելու ծերանոցը, եթե ձեր մատուցողը և ծերանոցի տնօրենը հաստատեն, որ ձեր հիվանդությունը վերջին փուլում է: Սա նշանակում է, որ ձեր հիվանդությունը վերջին փուլում է և ձեզ մնացել է ապրելու վեց ամիս կամ ավելի քիչ: Ձեր ծերանոցի բժիշկը կարող է լինել ցանցային մատուցող կամ ոչ ցանցային մատուցող: Ծերանոցում գտնվելիս՝ ծրագրի կողմից կվճարվեն հետևյալ ծառայությունները. • Նախանշանները բուժելու ու ցավազրկող դեղորայք • Կարճատև թեթևացման բուժում • Տնային առողջապահություն Medicare-ը կվճարի Ձեր ծերանոցի ծառայությունները և Medicare-ի Մաս A-ով կամ B-ով փոխհատուցվող ծառայությունները: • Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք այս գլխի Բաժին F: Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ծերանոցի ծառայություններ (շարունակելի) - Եթե Դուք գտնվում եք Medicare-ի կողմից արտոնագրված ծերանոցի ծրագրի մեջ, Ձեր ծերանոցի ծառայությունները և Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի ծառայությունները, որոնք առնչվում են Ձեր վերջին ստադիայի հիվանդության հետ, վճարվում են Medicare-ի կողմից: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը չի վճարում այս ծառայությունների համար: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից փոխհատուցվող, սակայն Medicare-ի Մաս A-ի կամ Մաս B-ի կողմից չփոխհատուցվող ծառայությունների համար՝ - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կփոխհատուցի փոխհատուցվող ծառայություններ, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի Մաս A-ով կամ B-ով: Ծրագիրը կտարածի այն ծառայությունները, թե արդյոք դրանք կապված են Ձեր տերմինալի կանխատեսման հետ: Դուք ոչինչ չեք վճարում այս ծառայությունների համար: Դեղորայքի համար, որոնք կարող են փոխհատուցվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Մաս D-ի նպաստով՝ - Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ հոսպիսի և մեր ծրագրի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք անցե՛ք Գլուխ 5-ի Բաժիններ B, C և D-ի հետ: Նկատի առեք. Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ոչ ծերանոցային բուժօգնություն, պետք է զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ ծերանոցային բուժօգնությունը այն բուժօգնությունն է, որը չի առնչվում Ձեր վերջին ստադիայի հիվանդության հետ: Որպեսզի խոսեք Ձեր խնամքի համակարգողի հետ, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հեռախոսով՝ այս էջի ներքևում գտնվող համարով և հերթում ընտրելով խնամքի համակարգողի տարբերակը: Մեր ծրագիրը փոխհատուցում է ծերանոցի խորհրդատվության ծառայությունները (միայն մեկ անգամ) մահացու հիվանդ մարդու համար, ով չի ընտրել ծերանոցի նպաստը:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Իմունիզացիաներ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Թոքաբորբի վակցինացիա • Գրիպի պատվաստումներ, յուրաքանչյուր գրիպի սեզոնից մեկ անգամ աշնանը և ձմռանը, անհրաժեշտության դեպքում, գրիպի լրացուցիչ պատվաստումներ • Հեպատիտ Բ-ի պատվաստում, եթե Դուք հեպատիտ Բ ունենալու բարձր կամ միջին ռիսկի գոտում եք գտնվում • covid-19 պատվաստում/վակցինաներ, եթե գտնվում եք ռիսկի տակ և դրանք համապատասխանում են Medicare-ի Մաս B-ի օրենքներին Մենք կվճարենք այլ պատվաստումների համար, որոնք բավարարում են Medicare Մաս D-ի փոխհատուցման կանոններին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացե՛ք Գլուխ 6-ի Բաժին H-ի հետ: Մենք վճարում ենք նաև մեծահասակների համար նախատեսված բոլոր պատվաստանյութերի համար, ինչպես առաջարկվում է Իմունիզացիայի պրակտիկայի խորհրդատվական հանձնաժողովի (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) կողմից:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժում Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և հնարավոր է այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • Կիսամասնավոր սենյակ (կամ մասնավոր, եթե դա բժշկական անհրաժեշտություն է) • Կերակուրը, ներառյալ հատուկ սննդակարգերը • Պարբերաբար կատարվող բուժքույրական ծառայությունները • Հատուկ բուժօգնության բաժինների ծախսերը, ինչպես օրինակ՝ ինտենսիվ բուժօգնության կամ ինտենսիվ թերապիայի սրտաբանական բաժանմունքը • Դեղեր և դեղամիջոցներ • Լաբորատոր անալիզներ • Ռենտգենյան ճառագայթներ և այլ ռադիոլոգիական ծառայություններ • Անհրաժեշտ վիրաբուժական և բժշկական միջոցներ • Սարքավորումներ, ինչպես օրինակ անվասայլակները • Վիրահատական և վերականգնողական սենյակների տրամադրման ծառայություններ • Ֆիզիկական, մասնագիտական և խոսքի թերապիա • Պսիխոակտիվ նյութերի չարաշահման ստացիոնար ծառայություններ • Որոշ դեպքերում՝ տրանսպլանտների հետևյալ տեսակները՝ եղջերային, երիկամային, երիկամային/ենթաստամոքսային, սրտի, լյարդի, թոքերի, սրտի/թոքի, ողնուղեղի, ցողունային բջիջի և աղիքային/բազմաղիքային: Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0 Ստացիոնար բուժումը ոչ ցանցային հիվանդանոցում շարունակելու համար Դուք պետք է ստանաք հաստատում ծրագրի կողմից՝ արտակարգ իրավիճակը կայունացնելուց հետո:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժում (շարունակելի) Եթե Դուք փոխապատվաստման կարիք ունեք, ապա Medicare-ի կողմից հավանության արժանացած փոխապատվաստման կենտրոնը կուսումնասիրի Ձեր գործը և որոշում կկայացնի, արդյոք փոխապատվաստում ստանալու թեկնածու եք հանդիսանում: Փոխապատվաստման մատուցողները կարող են լինել սպասարկման տարածքի մեջ կամ դրանից դուրս: Եթե փոխապատվաստման ծառայություններ մատուցող տեղային մատակարարները պատրաստ են ընդունել Medicare-ի սակագինը, ապա Դուք կարող եք ստանալ Ձեր փոխապատվաստման ծառայությունները տեղում կամ Ձեր համայնքի ինսամքի ծառայությունների մոդելից դուրս: Եթե Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը տրամադրում է փոխապատվաստման ծառայություններ սպասարկման տարածքից դուրս, քանի որ Դուք նախընտրում եք այնտեղ ստանալ Ձեր ծառայությունը, մենք կկազմակերպենք կամ կվճարենք կացարանի և տեղափոխման ծախսերը Ձեզ և ևս մեկ հոգու համար: • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը • Բժշկի ծառայություններ <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0 Ստացիոնար բուժումը ոչ ցանցային հիվանդանոցում շարունակելու համար Դուք պետք է ստանաք հաստատում ծրագրի կողմից՝ արտակարգ իրավիճակը կայունացնելուց հետո:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Հոգեկան առողջության պահպանման ստացիոնար ծառայություններ Մենք կվճարենք հոգեկան առողջության պահպանման ստացիոնար ծառայությունների համար, որոնց համար պահանջվում է մնալ հիվանդանոցում: • Եթե ձեզ հարկավոր են ստացիոնար ծառայություններ անկախ հոգեբուժական հիվանդանոցում, մենք կվճարենք առաջին 190 օրվա համար: Դրանից հետո ստացիոնար հոգեբուժական ծառայությունների համար կվճարի տեղական վարչաշրջանի հոգեբուժական հաստատությունը, որոնք կհամարվեն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ: 190 օրից՝ բուժօգնության լիազորումը կկորոդինացվի տեղական վարչաշրջանի հոգեբուժական հաստատության հետ: ○ 190 օրյա սահմանաչափը չի տարածվում ստացիոնար հոգեբուժական ծառայություններին, որոնք կտրամադրվեն սովորական հիվանդանոցի հոգեբուժական բաժանմունքում: • Եթե Դուք 65 կամ ավելի բարձր եք, մենք կվճարենք Հոգեկան հիվանդությունների հաստատությունում (IMD) ստացած ծառայությունների համար:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ստացիոնար ծառայություններ. Հիվանդանոցի փոխհատուցվող ծառայությունները կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունները (SNF) Եթե Ձեր ստացիոնար բուժումը ողջամիտ չէ կամ դրա անհրաժեշտությունը չկա, մենք չենք վճարի դրա համար: Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում մենք կվճարենք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում գտնվելու ընթացքում Ձեր կողմից ստացած ծառայությունների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, կապվեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և հնարավոր է այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • Բժշկի ծառայություններ • Ախտորոշիչ անալիզներ, ինչպես օրինակ՝ լաբորատոր անալիզները • Ռենտգենյան ճառագայթներ, ռադիոմային և իզոտոպիկ թերապիա, ներառյալ մասնագետների նյութերը և ծառայությունները • Վիրաբուժական վիրակապեր • Կոտրվածքների և տեղահանումների համար օգտագործվող ֆիքսատորներ, կաղապարներ և այլ սարքեր • Պրոթեզներ և օրթոպեդիկ սարքեր, բացի ատամնաբուժականից, ներառյալ այդ սարքերի վերանորոգումները: Սրանք այն սարքերն են, որոնք՝ ○ Փոխարինում են մարմնի որևէ օրգանը կամ նրա մի մասը (ներառյալ հարող հյուսվածքները) կամ ○ Փոխարինում են մարմնի ներքին օրգանի որևէ չգործող կամ վատ գործող ֆունկցիան կամ նրա մի մասը: Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ստացիոնար ծառայություններ. Հիվանդանոցի փոխհատուցվող ծառայությունները կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունները (SNF) (շաբաթական) - Ուղքի, ձեռքի, մեջքի և պարանոցի ամրակալներ, կալանդներ և արհեստական ոտքեր, ձեռքեր և աչքեր: Սրա մեջ մտնում է անհրաժեշտ կարգավորումները, վերանորոգումը, մասերի փոխարինումը, որոնք կարող են առաջանալ կոտրվելու, կրելու, կորցնելու կամ հիվանդի վիճակի մեջ կատարված փոփոխությունների պատճառով - Ֆիզիկական թերապիա, խոսքի թերապիա և մասնագիտական թերապիա <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Երիկամային հիվանդության ծառայություններ և միջոցներ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ - Երիկամային հիվանդության տեղեկատվական ծառայություններ, որոնք կսովորեցնեն ինչպես հոգ տանել երիկամների նկատմամբ և կօգնեն անդամներին ճիշտ բուժում ստանալ: Դուք պետք է ունենաք IV փուլի երիկամային հիվանդություն և պետք է ստանաք ուղեգիր Ձեր բժշի կողմից: Մենք կփոխհատուցենք երիկամային հիվանդության տեղեկատվական ծառայության մինչև վեց աշխատաշրջան: - Ամբուլատոր դիալիզի բուժում, ներառյալ նաև այն դեպքերը, երբ ժամանակավորապես գտնվում եք սպասարկման տարածքից դուրս, որը նկարագրված է Գլուխ 3-ի Բաժին B-ում: - Ստացիոնար դիալիզի բուժում, եթե Դուք հիվանդանոց եք ընդունվել որպես ստացիոնար՝ հատուկ բուժօգնության համար - Ինքնա-դիալիզի ուսուցում, ներառյալ նաև Ձեզ և Ձեզ օգնող ինչ-որ մեկի համար, ով օգնում է Ձեզ տնային դիալիզի համար - Տնային դիալիզի սարքավորումներ և միջոցներ - Որոշակի տնային աջակցման ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ դիալիզի մասնագիտացված աշխատակիցների անհրաժեշտ այցելությունները, որտեղ կստուգվի ձեր տնային դիալիզը, կօգնեն արտակարգ իրավիճակներում և կստուգեն դիալիզի սարքավորումները և ջրի մատակարարումը: Medicare-ի Մաս B-ի դեղերի նպաստը վճարում է դիալիզի որոշ դեղերի համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք այս աղյուսակի «Medicare-ի Մաս B-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր» բաժինը: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Թոքերի քաղցկեղի դիսպանսերացում Այդ ծրագիրը կվճարի թոքերի քաղցկեղի դիսպանսերացման համար յուրաքանչյուր 12 ամիս, եթե՝ • 50-80 տարեկան եք, և • Խորհրդատվության այց եք կատարել Ձեր բժշկի կամ այլ պրովայդերի, և • 20 տարի շարունակ օրական ծխել եք առնվազն 1 տուփ առանց թոքերի քաղցկեղի նշանների կամ ծխից առաջացած այլ ախտանիշների կամ եթե այժմ ծխում եք կամ թողել եք վերջին 15 տարիների ընթացքում: Առաջին դիսպանսերացումից հետո ծրագիրը կվճարի Ձեր բժշկի կամ այլ որակավորում ունեցող մատակարարի գրավոր պատվերի հիման վրա ևս մեկ տարեկան ցուցադրումի համար: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Medical-ի սննդի թերապիա Այս նպաստը դիաբետով կամ երիկամային հիվանդությամբ (առանց դիալիզի) մարդկանց համար է: Այն նաև երիկամի փոխպաստումից հետո մարդկանց համար է, երբ անձը ուղեգրված է բժշկի կողմից: Մենք կվճարենք երեք ժամ դեմ առ դեմ խորհրդատվության համար Ձեր առաջին տարվա ընթացքում, երբ ստանում եք սննդի թերապիայի ծառայությունները Medicare-ի շրջանակներում: (Սա ներառում է մեր ծրագիրը, Medicare Advantage ծրագիրը կամ Medicare-ը:) Կարող ենք հաստատել լրացուցիչ ծառայություններ, եթե բժշկական անհրաժեշտություն լինի: Դրանից հետո մենք տարեկան կվճարենք երկու ժամ դեմ առ դեմ խորհրդատվության համար: Եթե Ձեր վիճակը, բուժումը կամ ախտորոշումը փոխվի դրանից հետո, Դուք կկարողանաք բուժման ավելի շատ ժամեր ստանալ՝ բժշկի ուղեգրով: Բժիշկը պետք է նշանակի այս ծառայությունները և նորացնի ուղեգիրը ամեն տարի, եթե բուժումը հարկավոր լինի հաջորդ օրացուցային տարվա համար: Կարող ենք հաստատել լրացուցիչ ծառայություններ, եթե բժշկական անհրաժեշտություն լինի: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
 Medicare-ի շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (MDPP) Ծրագիրը կվճարի MDPP ծառայությունների համար: MDPP-ը նախագծված է, որը կօգնի Ձեզ բարձրացնել ինքնագզացողությունը: Այն ապահովում է գործնական ուսուցում հետևյալում՝ • երկարաժամկետ դիետիկ փոփոխություն և • ֆիզիկական ակտիվություն և • քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման ուղիներ: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Medicare-ի Մաս B-ի դեղատոմսով նշանակվող դեղեր Այս դեղերը փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս B-ի կողմից: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կվճարի հետևյալ դեղերի համար՝ • Դեղեր, որոնք Դուք սովորաբար ինքներդ չեք ստանում, այլ որոնք ներարկվում են բժշկին այցելու, հիվանդանոցի ամբուլատոր բուժման կամ ամբուլատոր վիրահատական կենտրոնի ծառայությունները ստանալու ընթացքում: • Դեղեր, որոնք ընդունում եք երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում օգտագործելու ընթացքում (ինչպես օրինակ՝ ինգալյատորները), որոնք թույլատրված են ծրագրի կողմից • Մակարդման համար դեղերը, որոնք ընդունում եք ներարկման միջոցով, եթե հեմոֆիլիա ունեք • Իմունադեպրեսիվ դեղերը, եթե գրանցված եք եղել Medicare-ի Մաս A-ի մեջ որևէ օրգանի փոխապատվաստման ժամանակ • Ոսկրանոսրացման դեղերը, որոնք ներարկվում են: Այս դեղերի համար վճարվում է, եթե Դուք չեք կարողանում տանից դուրս գալ, ունեք կոտրվածք, որը բժշկի հաստատմամբ կապված է հետմենոպաուզային ոսկրանոսրացման հետ, և չեք կարող ինքներդ ներարկել դեղը • Հակամարմիններ • Որոշ հակաքաղցկեղային և հակասրտխառնոցային դեղեր • Որոշ դեղեր տնային դիալիզի համար՝ ներառյալ հեպարինը, հեպարինի հակատոքսինը (բժշկական անհրաժեշտության դեպքում), տեղային անզգայացնող միջոցները և էրիտրոպոյնիսը խթանող միջոցները (Epoetin Alfa-epbx կամ Aranes) Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Medicare-ի Մաս B-ի դեղատոմսով նշանակվող դեղեր (շարունակելի) IV իմունային գլոբուլինը՝ առաջնային իմունադեֆիցիտի տևային պայմաններում բուժման համար Մենք նաև փոխհատուցում ենք որոշ պատվաստանյութեր մեր Medicare-ի Մաս B և Մաս D դեղերի դեղատոմսերի օգտակարության տակ: Գլուխ 5-ում նկարագրված է դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ամբուլատոր նպաստը: Այնտեղ նկարագրված են օրենքները, որոնց պետք է հետևեք, որպեսզի դեղատոմսը փոխհատուցվի: Գլուխ 6-ում նկարագրված է, թե ինչքան եք վճարում Ձեր դեղատոմսով դուրս գրվող ամբուլատոր դեղերի համար մեր ծրագրի միջոցով:	\$0
Ոչ շտապ բուժօգնության փոխադրամիջոցներ Այս նպաստը ապահովում է այն փոխադրամիջոցը, որը կլինի ամենաէժանն ու մատչելին: Սա կարող է ներառել շտապօգնության մեքենան, պառկած հիվանդներին տեղափոխելու մեքենան, անվասայլակով փոխադրման ծառայությունները և ծննդաբերության համար նախատեսված մեքենաները: Փոխադրամիջոցի տեսակները լիազորվում են, երբ՝ - Ձեր բժշկական և/կամ ֆիզիկական վիճակը թույլ չի տալիս տեղափոխվել ավտոբուսով, երթուղային տաքսիով, տաքսիով կամ այլ հասարակական կամ մասնավոր տրանսպորտով և - Փոխադրամիջոցը հարկավոր է անհրաժեշտ բուժօգնությունը ստանալու համար: Կախված ծառայությունից՝ հնարավոր է պետք լինի նախնական լիազորում: Այս ծառայությունը հասանելի է զանգահարելով՝ 1-877-433-2178 (TTY՝ 711) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ոչ բժշկական փոխադրամիջոցներ Այս նպաստը թույլ է տալիս բժշկական ծառայությունների համար փոխադրումը ավտոմեքենայով, տաքսիով կամ հասարակական կամ մասնավոր տրանսպորտի այլ միջոցներով: Այս նպաստը չի սահմանափակում Ձեր ոչ շտապ օգնության փոխադրամիջոցների նպաստը: Մենք ապահովում ենք անսահմանափակ այցեր դեպի բժշկական ապահովագրության ծառայություններ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով հետևյալը՝ • Պարբերաբար բժշկի կամ մասնագետի այցելություններ • Դեղատներ, որտեղից կարող եք վերցնել այն դեղատոմսով դեղերը, որոնք չեն կարող փոստով ուղարկվել Ձեզ: • Ձեռք բերել բժշկական պարագաներ, պրոթեզավորում, օրթոթիկա և այլ սարքավորումներ • Մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ, դեղերի օգտագործման խանգարման ծառայություններ, Denti-Cal ծառայություններ և այլ ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են պետության կամ համայնքային ծրագրերի կողմից: Որոշ դեպքերում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը նույնիսկ փոխհատուցում է ընկերոջ կամ ընտանիքի անդամի համար, յուրաքանչյուր մղոնի համար, որը անցել է փոխհատուցվող ծառայության կամ վայրի համար: Փոխհատուցումը տեղի կունենա միայն այն դեպքում, երբ տեղափոխման այլ մեթոդներ ողջամտորեն մատչելի չեն: Դուք չեք կարող քշել ինքներդ և եթե կարծում եք, որ ընկեր կամ ընտանիքի անդամները ստիպված կլինեն օգտագործել իրենց մեքենան, որպեսզի Ձեզ տանեն դեպի փոխհատուցվող ծառայության վայր, ապա խնդրում ենք կապվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն նախքան ճանապարհորդության հաստատումը: Այս ծառայությունը հասանելի է զանգահարելով 1-877-433-2178 (TTY՝ 711) օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: <i>Ծառայությունների համար կարող եմ գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Բուժօգնության ծառայություն Բուժօգնության հաստատությունը (NF) մի վայր է, որը բուժօգնություն է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող ինքնուրույն ապրել տանը, բայց հիվանդանոց տեղափոխելու կարիք չունեն: Մեր կողմից վճարվող ծառայությունները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում, հետևյալով. - Կիսամասնավոր սենյակ (կամ մասնավոր, եթե դա բժշկական անհրաժեշտություն է) - Կերակուրը, ներառյալ հատուկ սննդակարգերը - Բուժքույրական ծառայությունները - Ֆիզիկական թերապիա, մասնագիտական թերապիա և խոսքի թերապիա - Շնչառական թերապիա - Ձեզ տրվող դեղեր, որպես Ձեր բժշկական սպասարկման ծրագրի մի մաս (Սա ներառում է այն նյութերը, որոնք բնական ձևով առկա են մեր օրգանիզմում, օրինակ՝ արյունը մակարդող դեղամիջոցները:) - Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը - Բժշկական և վիրաբուժական միջոցները, որոնք սովորաբար տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Լաբորատոր անալիզները, որոնք սովորաբար տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Ռենտգենյան ճառագայթներ և այլ ռադիոլոգիական ծառայություններ, որոնք սովորաբար տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Սարքավորումների կիրառում, օրինակ՝ անվասայլակները, որոնք սովորաբար տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Այս նպաստի շարունակությունը կտեսնեք հաջորդ էջում - Բուժօգնության ծառայություն - Բժիշկների կամ օգնականների կողմից մատուցվող ծառայություններ - Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Բուժօգնության ծառայություն (շարունակելի) • Լսողության փորձարկումներ • Խիրուրգական կալիայի բուժօգնություն • Տեսողության նպաստներ Սովորաբար Դուք Ձեր բուժօգնությունը կստանաք ցանցային հաստատություններից: Սակայն, կարող եք նաև ստանալ բուժօգնությունը ոչ ցանցային հաստատությունում: Բուժօգնություն կարող եք ստանալ հետևյալ տեղերից, եթե նրանք ընդունեն մեր ծրագրի վճարի չափը: • Առողջարան կամ մշտական բուժօգնությամբ ծերանոց, որտեղ Դուք բնակվում էիք՝ մինչև հիվանդանոց տեղափոխվելը (եթե այն ապահովում է բուժօգնությունը): • Առողջարան, որտեղ բնակվում է Ձեր ամուսինը կամ համատեղ բնակիչը, երբ Դուք դուրս եք գրվում հիվանդանոցից: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
 Ճարպակալման հետազոտություն և թերապիա՝ քաշը նվազեցնելու համար Եթե Ձեր մարմնի ինդեքսը 30 կամ ավելի է, մենք կվճարենք քաշի նվազեցման խորհրդատվության համար: Դուք պետք է ստանաք խորհրդատվությունը առաջնային բուժօգնության հաստատությունում: Այդպիսով, կկազմակերպվի Ձեր ողջ կանխարգելման ծրագիրը: Մանրամասների համար խոսեք Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողի հետ:	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Օփիոիդ բուժման ծրագրի (OTP) ծառայություններ Ծրագիրը կվճարի օփիոիդի օգտագործման խանգարման (OUD) բուժման հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Ընդունման գործողություններ • Պարբերական գնահատումներ • Սննդի և դեղամիջոցների հսկման վարչություն կողմից (FDA) հաստատված դեղերի համար, և, եթե կիրառելի է, կառավարել և տալ Ձեզ այս դեղամիջոցները • Նյութի օգտագործման հետևանքով խանգարում • Անհատական և խմբային թերապիա • Ձեր մարմնի թմրամիջոցների կամ քիմիական նյութերի փորձարկում (թունաբանական ուսումնասիրություն)	\$0
Ամբուլատոր ախտորոշիչ անալիզներ և թերապևտիկ ծառայություններ և միջոցներ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և հնարավոր է այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ. • Ռենտգենային ճառագայթումը • Ռադիացիոն (ռադիոլոմային և իզոտոպիկ) թերապիա, ներառյալ մասնագետների նյութերը և ծառայությունները • Վիրաբուժական միջոցներ, ինչպես օրինակ՝ վիրակապերը • Կոտրվածքների և տեղահանումների համար օգտագործվող ֆիքսատորներ, կաղապարներ և այլ սարքեր • Լաբորատոր անալիզներ • Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը • Այլ ամբուլատոր ախտորոշիչ անալիզներ <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ամբուլատոր հիվանդանոցային զննում Չնման ծառայությունները հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություններ են, որոնք որոշում են՝ արդյոք Դուք պետք է ընդունվեք որպես ստացիոնար հիվանդ կամ արդյոք կարող եք դուրս գրվել: Որպեսզի ամբուլատոր հիվանդանոցներում դիտորդական ծառայությունները լուսաբանվեն, նրանք պետք է համապատասխանեն Medicare չափանիշներին և համարվեն ողջամիտ և անհրաժեշտ: Չնման ծառայություններն ապահովագրվում են միայն այն դեպքում, երբ բժշկի կամ այլ անձի հրամանով, որը լիազորված է պետական լիցենզավորման մասին օրենքով և հիվանդանոցի անձնակազմի կանոնադրությամբ՝ հիվանդներին հիվանդանոց ընդունելու կամ ամբուլատոր թեստեր պատվիրելու համար: Նկատի առեք. Քանի դեռ մատակարարը չի գրել Ձեզ հիվանդանոց ընդունելու կարգադրություն, Դուք ընդունվում եք որպես ամբուլատոր և վճարում եք ծախսերի բաժանման գումարները ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունների համար: Եթե Ձեզ թղթերով չեն ձևակերպել հիվանդանոցում, ապա կհամարվեք ամբուլատոր հիվանդ՝ ստացիոնարի փոխարեն, նույնիսկ, եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում: Եթե վստահ չեք, որ ամբուլատոր եք, ապա պետք է հարցնեք հիվանդանոցի աշխատակիցներին:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Հիվանդանոցի ամբուլատոր ծառայություններ Մենք վճարում ենք Ձեր ստացած բժշկական ծառայությունների համար, որոնք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում՝ ախտորոշման, կամ հիվանդության կամ վնասվածքի բուժման համար, ինչպիսիք են՝ • Շտապ օգնության բաժանմունքի կամ ամբուլատոր կլինիկայի ծառայությունները՝ ինչպես օրինակ ամբուլատոր վիրաբուժության կամ զննման ծառայությունները ○ Դիտորդական ծառայությունները օգնում են Ձեր բժշկին իմանալ, արդյոք անհրաժեշտ է հիվանդանոց ընդունվել որպես «ստացիոնար»: ○ Երբեմն կարող եք գիշերել հիվանդանոցում և դեռ համարվել «ամբուլատոր»: ○ Ստացիոնար կամ ամբուլատոր լինելու մասին կարող եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ՝ www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Լաբորատոր կամ ախտորոշիչ անալիզներ՝ հիվանդանոցի կողմից նշանակված • Հոգեկան առողջության պահպանում, ներառյալ մասնակի հոսպիտալացման ծրագրի բուժօգնությունը, եթե բժիշկը հաստատում է, որ առանց դրա անհրաժեշտ կլինի ստացիոնար բուժում: • Ռենտգենյան ճառագայթներ և այլ ռադիոլոգիական ծառայություններ՝ նշանակված հիվանդանոցի կողմից • Բժշկական միջոցներ, օրինակ՝ ֆիքսատորներն ու կաղապարները • Կանխարգելիչ սքրինինգ և ծառայություններ, որոնք թվարկված են Նպաստների աղյուսակում • Որոշ դեղեր, որոնք չեն կարող ինքնուրույն ընդունել <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Հոգեկան առողջության պահպանման ամբուլատոր ծառայություններ Մենք կվճարենք հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների համար, որոնք կտրամադրվեն. • Պետական լիցենզավորում ունեցող հոգեբուժի կամ բժշկի կողմից • Կլինիկայի հոգեբուժի կողմից • Կլինիկայի սոցալխատակցի կողմից • Կլինիկայի բուժքրոջ կողմից • Բուժքրոջ օգնականի կողմից • Բժշկի օգնականի կողմից • Medicare-ի կողմից հաստատված հոգեկան առողջության պահպանման ցանկացած այլ մասնագետ՝ համաձայն պետական կիրառելի օրենքների Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և հնարավոր է այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • Կլինիկական ծառայություններ • Բուժման օր • Հոգեբանասոցիալական վերականգնողական ծառայություններ • Մասնակի հոսպիտալացում/ինտենսիվ ամբուլատոր ծրագրեր • Հոգեկան առողջության անհատական և խմբակային գնահատում և բուժում • Հոգեբանական փորձարկում, եթե կլինիկապես նշված է գնահատել հոգեկան առողջության արդյունքները • Ամբուլատոր ծառայություններ՝ դեղամիջոցներով բուժման ընթացքը վերահսկելու նպատակով • Ամբուլատոր լաբորատորիա, դեղեր, միջոցներ և օժանդակ օգնություն • Հոգեբուժական խորհրդատվություն <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Վերականգնողական ամբուլատոր ծառայություններ Մենք կվճարենք ֆիզիկական թերապիայի, մասնագիտական թերապիայի և խոսքի թերապիայի համար: Վերականգնողական ամբուլատոր ծառայությունները կարող են ստանալ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքներից, անկախ թերապևտի գրասենյակներից, համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություններից (CORF) և այլ հաստատություններից: Սրտի վերականգնողական ծառայությունները լինում են օրական ամենաշատը 2 մեկ-ժամյա սեսիա՝ մինչև 36 սեսիա և մինչև 36 շաբաթ տևողությամբ: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
Պսիխոակտիվ նյութերի չարաշահման ամբուլատոր ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և հնարավոր է այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ - Ալկոհոլային խմիչքների չարաշահման հետազոտում և խորհրդատվություն - Թմրանյութերի չարաշահման բուժում - Խմբակային կամ անհատական խորհրդատվություն որակավորված բժշկի կողմից - Ենթասուր թունազերծում՝ կախվածության տեղային ծրագրի շրջանակներում - Ալկոհոլային և/կամ դեղերի ծառայություններ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման կենտրոնում - Նալտրեքսոնի դանդաղեցված արտանետման (վիվիտրոլ) միջոցով բուժում <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Ամբուլատոր վիրաբուժություն Մենք կվճարենք ամբուլատոր վիրաբուժության և ծառայությունների համար՝ հիվանդանոցի ամբուլատոր հաստատություններում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
Առանց դեղատոմսի կյուլթեր OTC Դուք իրավունք ունեք \$185 եռամսյակային աջակցություն ստանալ OTC դեղերի և կյուլթերի համար: Այս նպաստի ներքո փոխհատուցված են այնպիսի կյուլթեր, ինչպիսիք են ասպիրինը, վիտամինները, մրսաժության և հազի պատրաստուկները և վիրակապերը: Այնպիսի իրերն, ինչպիսիք են կոսմետիկան և սննդային հավելումները չեն փոխհատուցվում նպաստի շրջանակներում: OTC կատալոգը և պատվիրման հրահանգները հասանելի են առցանց՝ www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC: Կարող եք ապրանքները պատվիրել հեռախոսով 1-888-628-2770 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը՝ 9:00 մինչև 17:00 կամ առցանց՝ www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC: Պատվերները կուղարկվեն Ձեզ առանց հավելյալ վճարման: Խնդրում ենք թույլատրել առաքման համար մոտավորապես 7-10 աշխատանքային օր Այս նպաստն ուժի մեջ է մտնում յուրաքանչյուր եռամսյակի առաջին օրը՝ Զուկվար, ապրիլ, հուլիս և հոկտեմբեր: Կարող եք եռամսյակը մեկ անգամ մեկ պատվեր տեղադրել և չեք կարող փոխանցել Ձեր չօգտագործած նպաստը հաջորդ եռամսյակ:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ Մասնակի հոսպիտալացումը ակտիվ հոգեբուժական կազմավորված ծրագիր է: Սա առաջարկվում է արպես հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքի կամ համայնքի հոգեկան առողջության կենտրոնի կողմից մատուցվող ծառայություն: Սա ավելի ինտենսիվ է, քան Ձեր բժշկի կամ թերապևտի կաբինետում ստացած բուժօգնությունը: Այն կարող է զերծ պահել Ձեզ հիվանդանոցում մնալուց: Նկատի առեք. Քանի որ մեր ցանցում համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոններ չկան, մենք փոխհատուցում ենք մասնակի հոսպիտալացումը միայն հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժնում: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
Անհատական արտակարգ արձագանքման համակարգ (PERS) PERS-ը բժշկական ազդանշանի մոնիտորինգի համակարգ է, որն ապահովում է 24/7 օգնության հնարավորություն, կոճակի սեղմման ժամանակ: Ձեր PERS- ի նպաստները տրամադրվում են Ձեզ LifeStation®-ի կողմից: LifeStation®-ից ստացվող նպաստները ներառում են՝ • Անհատական արտակարգ արձագանքման համակարգ (PERS) • GPS-ի և WiFi-ի միջոցով տնային համակարգի կամ շարժական սարքի ընտրություն • Ամսական մոնիթորինգ • Անհրաժեշտ լիցքավորիչներ և լարեր PERS ձեռք բերելու և ծառայություններ ստանալ սկսելու համար զանգահարե՛ք LifeStation-ի թիմին՝ 1-855-672-3269, օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր կամ այցելե՛ք՝ www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Բժշկի/մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ այցելություններ բժշկի կաբինետ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ բուժօգնություն կամ վիրաբուժական ծառայություններ, որոնք կմատուցվեն հետևյալ վայրերում. ○ Բժշկի կաբինետ ○ Վկայագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն ○ Հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունք • Խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում մասնագետի կողմից • Լսողության և հավասարակշռության հիմնական հետազոտումներ, որոնք կկատարվեն Ձեր առաջնային բուժօգնության մատուցողի կողմից, եթե Ձեր բժիշկը ուղեգրում է Ձեզ այնտեղ, որպեսզի որոշվի՝ արդյոք բուժման կարիք ունեք, թե ոչ: • Որոշակի հեռահաղորդակցության ծառայություններ՝ ներառյալ Բժիշկների ծառայությունները՝ ոչ վթարային պայմանները բուժելու համար, ինչպիսիք են՝ մրսաճության և գրիպի ախտանիշները, ալերգիաները, բրոնխիտը, շնչառական ինֆեկցիաները, սինուսների խնդիրները, ցան, աչքի վարակը, գլխացավը և այլն: ○ Դուք ունեք այս ծառայությունները անձնական այցով կամ telehealth-ով ստանալու տարբերակ: Եթե նախընտրում եք ստանալ այդ ծառայություններից որևէ մեկը՝ հեռահաղորդակցության -ով, ապա պետք է օգտագործեք ցանցի մատակարար, որն առաջարկում է ծառայությունը հեռահաղորդակցության -ի միջոցով: • Հեռահաղորդակցության ծառայություններ վերջին փուլում գտնվող երիկամային հիվանդության (ESRD) հետ կապված ամսական այցերի համար տնային դիալիզի անդամների համար, ովքեր տեղակայված են հիվանդանոցում կամ կրիտիկական երիկամային դիալիզի վիճակում գտնվողների համար նախատեսված կենտրոնում, երիկամային դիալիզի կենտրոնում կամ անդամի տանը: • Հեռահաղորդակցության ծառայություններ՝ ինսուլտի ախտանիշները ախտորոշելու, գնահատելու կամ բուժելու համար Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ այցելություններ բժշկի կաբինետ (շարունակելի) • Հեռահաղորդակցության ծառայություններ՝ նյութերի օգտագործման խանգարում ունեցող կամ հոգեկան առողջության համախտանիշ ունեցող անդամների համար ○ Վիրտուալ ստուգումներ (օրինակ՝ հեռախոսով կամ վիդեո զրույցով) Ձեր մատակարարի հետ 5-10 րոպե, եթե Դուք նոր հիվանդ չեք և ○ Ստուգումը կապ չունի գրասենյակի այցի հետ վերջին 7 օրվա ընթացքում և ○ Ստուգումը չի հանգեցնում գրասենյակային այցի 24 ժամվա ընթացքում կամ հնարավորինս արագ նշանակում ○ Ձեր՝ բժշկին ուղարկվող տեսանյութերի և/կամ պատկերների գնահատում և 24 ժամվա ընթացքում Ձեր բժշկի կողմից մեկնաբանություն և հետագա գործողություններ, եթե Դուք նոր հիվանդ չեք և ○ Գնահատումը կապված չէ վերջին 7 օրվա ընթացքում գրասենյակային այցի հետ և ○ Գնահատումը չի հանգեցնում 24 ժամվա ընթացքում գրասենյակային այցի կամ հնարավորինս արագ նշանակման • Ձեր բժշկի խորհրդատվությունը այլ բժիշկների հետ հեռախոսով, ինտերնետով կամ էլեկտրոնային առողջապահական գրառումներով, եթե Դուք նոր հիվանդ չեք հանդիսանում • Երկրորդ կարծիքը ցանցային այլ մատակարարի կողմից՝ նախքան վիրահատությունը • Ոչ ամենօրյա ատամնաբուժական բուժօգնություն Փոխհատուցվող ծառայությունները սահմանափակված են հետևյալի՝ ○ Ծնոտի կամ հարակից կառուցվածքների վիրաբուժություն ○ Ծնոտի կամ դեմքի ոսկրերի կոտրվածքի կարգավորում ○ Պաշտպանիչ միջոցներ՝ մինչև ուռուցքային քաղցկեղի ճառագայթային բուժումը ○ Ծառայություններ, որոնք կփոխհատուցվեն, երբ տրամադրվեն բժշկի կողմից <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Պողիատորայի ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ - Ուտնաթաթի վնասվածքների և հիվանդությունների (օրինակ՝ ոտքի ցուցամատի կամ կրունկի ելուստների) ախտորոշում և բժշկական կամ վիրաբուժական միջամտություն - Ոտքերի սովորական խնամք այն անդամների համար, ովքեր տառապում են ոտքերի վրա ազդող հիվանդությամբ, ինչպիսին է շաքարախտը <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
 Շագանակագեղձի քաղցկեղի հետազոտություններ 50 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց համար մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար ամեն 12 ամիսը մեկ՝ - Ուղիղաղիքային թվային հետազոտում - Շագանակագեղձին բնորոշ հակաճնի (PSA) ստուգում <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Պրոթեզային սարքեր և հարակից միջոցներ Պրոթեզային սարքերը փոխարինում են մարմնի որևէ մասը կամ նրա մի մասը կամ գործառույթը: Մենք կվճարենք հետևյալ պրոթեզային սարքերի համար և հնարավոր է այստեղ չնշված այլ սարքերի համար՝ - Աղեհատության տոպրակներ և աղեհատության հետ կապված այլ միջոցներ - Ներարգանդային սնուցում, ներառյալ կերակրման մատակարարման փաթեթները, ինֆուզիոն պոմպը, խողովակները և ադապտերը, լուծումները և ինքնակառավարման ներարկումների լուծույթները - Էլեկտրոստիմուլյատորներ - Ամրակալներ - Պրոթեզային կոշիկներ - Արհեստական ձեռքեր և ոտքեր - Կրծքի պրոթեզներ (ներառյալ վիրաբուժական կրծկալ՝ մաստէկտոմիայից հետո) - Պրոթեզներ՝ փոխարինելու դեմքի մարմնի ամբողջ մասը, որը հանվել կամ արժեզրկվել է հիվանդության, վնասվածքի կամ բնածին արատների հետևանքով - Անպահության քսուկ և պամպերներ Մենք նաև կվճարենք որոշ պրոթեզային սարքերի հետ առնչվող միջոցների համար: Մենք նաև կվճարենք պրոթեզային սարքերի վերանորոգման և փոխարինման համար: Մենք առաջարկում ենք որոշ փոխհատուցում կատարակտի հեռացումից կամ կատարակտի վիրահատությունից հետո: Մանրամասների համար ծանոթացեք «Տեսողության բուժօգնություն» բաժնի հետ: Մենք չենք վճարում ատամնաբուժական պրոթեզային ծառայությունների համար: Պրոթեզային ատամնաբուժական սարքերը կարող են փոխհատուցվել Denti-Cal-ի ներքո: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ծանոթացե՛ք այս գլխի Բաժին F-ի հետ կամ այցելե՛ք՝ www.denti-cal.ca.gov:	\$0

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Վերականգնողական թոքային ծառայություններ Մենք կվճարենք այն մասնակիցների թոքերի վերականգնման ծրագրերի համար, որոնց մոտ առկա է միջինից մինչև շատ սուր թոքերի քրոնիկ խցանիչ հիվանդություն (COPD): Թոքային վերականգնողական ծառայությունների համար Դուք պետք է ուղեգիր ունենաք բժշկից կամ COPD-ի ծառայությունները մատակարարից: Մենք կվճարենք շնչառական ծառայությունների համար շնչառական ապարատից կախման մեջ գտնվող մարդկանց համար: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0
 Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STIs) սքրինինգ և խորհրդատվություն Մենք կվճարենք խլամիդիայի, սուսանակի, սիֆիլիսի և հեպատիտ Բ-ի սկրինինգի համար: Այս ստուգումները փոխհատուցվում են հղի կանանց և այն անձանց համար, ովքեր գտնվում են սեռավարակների բարձր ռիսկի գոտում: Մենք կվճարենք խլամիդիայի, սուսանակի, սիֆիլիսի և հեպատիտ Բ-ի սկրինինգի համար: Այս ստուգումները փոխհատուցվում են հղի կանանց և այն անձանց համար, ովքեր գտնվում են սեռավարակների բարձր ռիսկի գոտում: Մենք փոխհատուցում ենք այս անալիզները ամեն 12 ամիսը մեկ կամ հղիության ընթացքում որոշակի ժամանակահատվածների: Հղի կանանց և որոշ մարդկանց համար, ովքեր գտնվում են STI-ի բարձր ռիսկի տակ, փոխհատուցվում է երեք հետազոտում: Ամեն մի հանդիպումը կտևի 20 - 30 րոպե: Մենք կվճարենք այս խորհրդատվական հանդիպումների համար որպես կանխարժեքի ծառայություն միայն, եթե նրանք նշանակված են առաջնային բուժօգնություն մատուցողի կողմից: Հանդիպումները պետք է լինեն առաջնային բուժօգնության հաստատությունում, ինչպես օրինակ՝ բժշկի կաբինետը:	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Մասնագիտացված բուժհաստատության (SNF) կողմից ցուցաբերվող բուժօգնություն Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և հնարավոր է այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ - Կիսամասնավոր սենյակ (կամ մասնավոր, եթե դա բժշկական անհրաժեշտություն է) - Կերակուրը, ներառյալ հատուկ սննդակարգերը - Բուժքույրական ծառայությունները - Ֆիզիկական թերապիա, մասնագիտական թերապիա և խոսքի թերապիա - Որպես բուժօգնության ծրագրի մաս ձեր ստացած դեղերը, ներառյալ այն նյութերը, որոնք բնական ձևով առկա են մարդու օրգանիզմում, ինչպես օրինակ՝ արյունը մակարդող միջոցները - Արյուն, ներառյալ պահեստավորումը և կառավարումը - Բժշկական և վիրաբուժական միջոցները, որոնք տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Լաբորատոր անալիզները, որոնք տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Ռենտգենյան ճառագայթներ և այլ ռադիոլոգիական ծառայություններ, որոնք տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Սարքավորումներ, օրինակ՝ անվասայլակները, որոնք սովորաբար տրվում են բուժօգնության հաստատություններում - Բժիշկների կամ մատուցողների ծառայություններ Սովորաբար Դուք Ձեր բուժօգնությունը կստանաք ցանցային հաստատություններից: Սակայն, կարող եք նաև ստանալ բուժօգնությունը ոչ ցանցային հաստատությունում: Բուժօգնություն կարող եք ստանալ հետևյալ տեղերից, եթե նրանք ընդունեն մեր ծրագրի վճարի չափը: - Առողջարան կամ մշտական բուժօգնությամբ ծերանոց, որտեղ Դուք բնակվում էիք՝ մինչև հիվանդանոց տեղափոխվելը (եթե այն ապահովում է բուժօգնությունը) Այս նպաստի մասին կարող եք կարդալ նաև հաջորդ էջին	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Մասնագիտացված բուժօգնության (SNF) կողմից ցուցաբերվող բուժօգնություն (շաբաթական) Առողջարան, որտեղ բնակվում է Ձեր ամուսինը կամ համատեղ բնակիչը, երբ Դուք դուրս եք գրվում հիվանդանոցից: <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	
Վերահսկվող վարժեցման թերապիա (SET) Ծրագիրը SET-ի համար պետք է վճարի այն սիմպտոմատիկ ծայրամասային զարկերակների հիվանդություն (ՇՁՀ) (PAD) մասնակիցների վերահսկվող վարժեցման թերապիայի համար, որոնք ունեն բժշկից ուղեգիր, որը պատասխանատու է ծայրամասային զարկերակների հիվանդությամբ բուժման համար: Ծրագիրը կվճարի հետևյալի համար՝ - Մինչև 36 այցեր 12 շաբաթվա ընթացքում, եթե բոլոր SET պահանջները բավարարվում են - Լրացուցիչ 36 այցեր, եթե առողջապահական անհրաժեշտ է համարվել SET ծրագիրը պետք է լինի՝ 30-60-րոպեանոց դասընթացներ, PAD-ի բուժման ծրագիր արյան վատ շրջանառության արդյունքում առաջացած ոտքի ցավ ունեցող անդամների համար - Հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում կամ բժշկի գրասենյակում - Բժշկական անձնակազմի կողմից առաքվի, ովքեր համոզված են, որ նպաստը գերազանցում է վնասը և ով վերապատրաստվում է PAD-ի վարժությունների թերապիայով - Բժիշկի, բժիշկի օգնականի կամ բուժքույրի / կլինիկական բուժքույրի անմիջական հսկողության տակ, որն ուսուցանվում է ինչպես հիմնական, այնպես էլ առաջադեմ կյանքի աջակցության մեթոդներով <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
Շտապ բուժօգնություն Շտապ բուժօգնությունը՝ դա այն օգնությունն է, որը տրվում է հետևյալ դեպքերի համար. • Ոչ շտապ, որը պահանջում է անհապաղ օգնություն կամ • Հանկարծակի հիվանդությունը կամ • Վնասվածքը կամ • Իրավիճակ, որը անհապաղ բուժօգնության կարիք ունի: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է շտապ բուժօգնություն, Դուք պետք է նախ փորձեք ստանալ այն ցանցային մատուցողից: Սակայն, կարող եք օգտվել ոչ ցանցային մատուցողների ծառայություններից, եթե չեք կարողանում գտնել ցանցային մատուցող:	\$0 Դուք Միացյալ Նահանգներից և Նրա տարածքներից դուրս ապահովագրված շտապ օգնության կամ անհապաղ անհրաժեշտ ծառայությունների տարեկան միասնական սահմանափակում չունեք: Միացյալ Նահանգներից և Նրա տարածքներից դուրս ծառայությունները չեն տարածվում ծրագրի գրպանային առավելագույն սահմանաչափի վրա: Եթե Դուք շտապ բուժօգնությունը ստանում եք ոչ ցանցային հիվանդանոցում և շտապ բուժօգնության կայունացումից հետո ստացիոնար բուժման կարիք ունեք, ապա պետք է վերադառնաք ցանցային հիվանդանոց, որպեսզի շարունակեք ստանալ փոխհատուցվող բուժօգնությունը ԿԱՄ Ձեր ստացիոնար բուժումը ոչ ցանցային հիվանդանոցում պետք է լիազորվի ծրագրի կողմից, իսկ Ձեր ծախսը կազմում է վճարի այն մասը, որը պետք է վճարեք ցանցային հիվանդանոցին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 Տեսողության բուժօգնություն Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար. • Մեկ ստանդարտ աչքի հետազոտում ամեն տարի; և • Մինչև \$500 ակնոցների համար (շրջանակներ և ոսպնյակներ) կամ մինչև \$500 կոնտակտային ոսպնյակների համար ամեն երկու տարին մեկ: Մենք կվճարենք ամբուլատոր բժշկի ծառայությունների համար՝ աչքի հիվանդությունների և վնասվածքների ախտորոշման և բուժման համար: Օրինակ, սա ներառում է շաքարախտ ունեցող մարդկանց տեսողության դիաբետիկ ռետինոպաթիայի ամենամյա զննումները և տարիքային մակուլյար դիստրոֆիայի բուժումը: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի տակ գտնվող մարդկանց համար մենք տարեկան կվճարենք գլաուկոմայի մեկ հետազոտության համար: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի տակ գտնվող մարդկանց թվին են պատկանում. • Մարդիկ, ում ընտանիքի պատմության մեջ առկա է եղել գլաուկոման • Դիաբետոսի հիվանդ մարդիկ • Աֆրոամերիկացիները, ովքեր 50 տարեկան և ավելի բարձր են • Իսպանախոս ամերիկացիները, ովքեր 65 տարեկան կամ ավելի են Մենք կվճարենք մեկ զույգ ակնոցի կամ կոնտակտային ոսպնյակի համար՝ ամեն մի կատարակտի վիրահատությունից հետո, երբ բժիշկը դնում է արհեստական ճենապակի: (Եթե Ձեզ կատարակտի երկու առանձին վիրահատություն են կատարել, Դուք պետք է ստանաք մեկ զույգ ակնոց ամեն մի վիրահատությունից հետո: Դուք չեք կարող ստանալ երկու զույգ ակնոց երկրորդ վիրահատությունից հետո, նույնիսկ, եթե չեք ստացել առաջին զույգը առաջին վիրահատությունից հետո): <i>Ծառայությունների համար կարող են գործել լիազորման կանոնները: Դուք պետք է խոսեք Ձեր բժշկի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i>	\$0 Դուք պատասխանատու եք \$500-ից բարձր նյութերի արժեքի համար

Մեր ծրագրի կողմից վճարվող ծառայություններ	Ինչի համար եք Դուք վճարելու
 «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելություն Մենք փոխհատուցում ենք մեկանգամյա «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելությունը: Այցելության մեջ մտնում է՝ • Ձեռ առողջական վիճակի հետազոտում, • Տեղեկատվություն և խորհրդատվություն Ձեզ անհրաժեշտ կանխարգելիչ ծառայությունների մասին (ներառյալ հետազոտումները և նկարումները), և • Ուղեգրեր այլ բուժօգնության համար, եթե դրա կարիքն ունեք: Նկատի առեք. «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելությունը մենք փոխհատուցում ենք միայն առաջին 12 ամսվա ընթացքում, երբ Դուք ունեք Medicare-ի Մաս B-ը: Երբ Ձեզ այցելություն է նշանակվում, ասացեք Ձեր բժշկին, որ ուզում եք հերթագրվել Ձեր «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցելության համար:	\$0



E. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից դուրս փոխհատուցվող ծառայություններ

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մեջ մտնում են այն բոլոր ծառայությունները, որոնք մտնում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի մեջ:

E1. Կալիֆորնիայի համայնքի փոխանցումներ (CCT)

Կալիֆորնիայի համայնքի փոխանցումներ (CCT) ծրագիրը՝ օգտվելով տեղային առաջատար կազմակերպությունների ծառայություններից, օգնում է Medi-Cal-ի նպաստառուներին, ովքեր առնվազն 90 օր շարունակ ապրել են որևէ հաստատությունում և ուզում են ստանալ փոխադրվել համայնք: CCT ծրագիրը միջոցներ է տրամադրում փոխադրման համար կատարվող ծառայություններին՝ նախափոխադրման ժամանակահատվածի ընթացքում և 365 օր հետփոխադրման, որպեսզի աջակցի նպաստառուներին հետ տեղափոխվել համայնք:

Նախափոխադրման ժամանակահատվածի ընթացքում կատարվող ծառայությունները կարող են ստանալ ցանկացած CCT-ի առաջատար կազմակերպությունից, որը համագործակցում է ձեր վարչաշրջանը սպասարկող բաժանմունքի հետ: CCT-ի Առաջատար կազմակերպությունների և սպասարկվող վարչաշրջանների ցանկը կարող են գտնել Առողջապահական ծառայությունների նախարարության կայքում՝ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT:

CCT փոխանցումների կոորդինացման ծառայությունների համար՝

Medi-Cal-ը կվճարի նախափոխադրման կոորդինացման ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այս ծառայությունների համար:

Ծառայություններ, որոնք չեն առնչվում Ձեր CCT-ի փոխադրման հետ.

Պրովայդերը կգանձի Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին ծառայությունների դիմաց: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կվճարի Ձեր փոխադրումից հետո մատուցած ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այս ծառայությունների համար:

Քանի դեռ Դուք ստանում եք CCT անցումային համակարգման ծառայություններ, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կվճարի այն ծառայությունների համար, որոնք նշված են սույն Գլխի D բաժնում սահմանված նպաստների աղյուսակում:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի դեղամիջոցների փոխհատուցման կարգում որևէ փոփոխություն չկա՝

Դեղերը չեն փոխհատուցվում CCT ծրագրի կողմից: Ձեր դեղորայքի նպաստը կշարունակվի տրամադրվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք անցնել Գլուխ 5-ի Բաժիններ F:

Նկատի առեք. Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ոչ ծերանոցային բուժօգնություն, պետք է զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ-CCT անցումային բուժապասարկումն այն բուժապասարկումն է, որը չի վերաբերում Ձեր անցմանը հաստատությունից: Ձեր խնամքի համակարգողի հետ կարող եք կապվել՝ զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



(TTY 711), ժամը՝ 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր և ցուցակից ընտրելով՝ խնամքի համակարգողին, երբ Դուք հերթի մեջ եք:

E2. Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագիր

Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ մատչելի են Medi-Cal Ատամնաբուժական ծրագրի միջոցով (Denti-Cal); օրինակ, ծառայություններ, ինչպիսիք են՝

- Նախնական հետազոտություններ, ռենտգենյան ճառագայթներ, մաքրում և ֆլորիդ բուժում
- Վերականգնումներ
- Առջևի ատամների արմատի կանալի թերապիա
- Պրոցեսորներ, ճշգրտումներ, վերանորոգում և փոխակերպումներ

Ատամնաբուժական նպաստները հասանելի են Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագրում՝ որպես ծառայության վարձավճար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ, եթե օգնության կարիք ունեք Denti-Cal-ի հետ համագործակցող ատամնաբույժ գտնելու հետ կապված, զանգահարեք Denti-Cal-ի նպաստառուների սպասարկման կենտրոն 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները զանգահարեն 1-800-735-2922): Չանգն անվճար է: Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագրի ներկայացուցիչները հասանելի են ժամը՝ 8:00 - 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել dental.dhcs.ca.gov/ կայքը:

Ի լրումն Denti-Cal վճարովի ծառայությանը, Դուք կարող եք ստանալ ատամնաբուժական նպաստներ ատամնաբուժական ծառայությունների կարգավորվող բժշկական սպասարկման ծրագրի միջոցով: Ատամնաբուժական ծառայությունների կարգավորվող բժշկական սպասարկման ծրագրերը գործում են Los Angeles վարչական շրջանում: Եթե Դուք ցանկանում եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություն ատամնաբուժական ծրագրերի վերաբերյալ, անհրաժեշտ է օգնություն Ձեր ատամնաբուժական պլանը որոշելու, կամ ցանկանում եք փոխել Ձեր ատամնաբուժական պլանները՝ կապվեք Health Care Options հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-430-4263 (TDD օգտվողները զանգահարեն՝ 1-800-430-7077), երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: Չանգն անվճար է:

E3. Ծերանոցի ծառայություններ

Դուք կարող եք ստանալ օգնություն Medicare-ի կողմից արտոնագրված ցանկացած ծերանոցի ծրագրից: Դուք իրավունք ունեք ընտրելու ծերանոցը, եթե Ձեր մատուցողը և ծերանոցի տնօրենը հաստատեն, որ Ձեր հիվանդությունը վերջին փուլում է: Սա նշանակում է, որ Ձեր հիվանդությունը վերջին փուլում է և Ձեզ մնացել է ապրելու վեց ամիս կամ ավելի քիչ: Ձեր ծերանոցի բժիշկը կարող է լինել ցանցային մատուցող կամ ոչ ցանցային մատուցող:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ծերանոցի ծառայություններից օգտվելու ժամանակահատվածում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից վճարվող ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք այս գլխի Բաժին D-ում ներկայացված Նպաստների աղյուսակը:

Ծերանոցի ծառայությունների և Medicare-ի Մաս A-ով կամ B-ով փոխհատուցվող ծառայությունների համար, որոնք առնչվում են Ձեր վերջին ստադիայի հիվանդության հետ.

- Ծերանոցի մատուցողը հաշիվը կներկայացնի Medicare-ին՝ ձեր ծառայությունների համար: Ձեր հիվանդության վերջին փուլի հետ կապված ծառայությունները, որոնք կստանաք ծերանոցում, կվճարվեն Medicare-ի կողմից: Դուք ոչինչ չեք վճարում այս ծառայությունների համար:

Medicare-ի Մաս A-ով կամ B-ով փոխհատուցվող ծառայությունների համար, որոնք չեն առնչվում ձեր վերջին ստադիայի հիվանդության հետ (բացի շտապ բուժօգնության կամ անհապաղ օգնության դեպքերից).

- Մատուցողը հաշիվը կներկայացնի Medicare-ին՝ Ձեր ծառայությունների համար: Medicare-ը կվճարի Medicare-ի Մաս A-ի կամ B-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Դեղորայքի համար, որոնք կարող են փոխհատուցվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Մաս D-ի նպաստով՝

- Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ հոսպիսի և մեր ծրագրի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք անցե՛ք Գլուխ 5-ի Բաժին F:

Նկատի առե՛ք. Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ոչ ծերանոցային բուժօգնություն, պետք է զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ ծերանոցային բուժօգնությունը այն բուժօգնությունն է, որը չի առնչվում Ձեր վերջին ստադիայի հիվանդության հետ: Ձեր խնամքի համակարգողի հետ կարող եք կապվել՝ զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր և ցուցակից ընտրելով՝ խնամքի համակարգողին, երբ Դուք հերթի մեջ եք:

F. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare կամ Medi-Cal ծրագրերի կողմից չփոխհատուցվող նպաստներ

Այս բաժնում ներկայացված է, թե որ նպաստները չեն մտնում ծրագրի մեջ: Բացառված նշանակում է, որ մենք չենք վճարում այս նպաստների համար: Medicare-ը և Medi-Cal-ը նույնպես չեն վճարելու դրանց համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ներքևի ցանկում ներկայացված են որոշ ծառայություններ և առարկաներ, որոնք ոչ մի պարագայում չեն փոխհատուցվում մեր կողմից, իսկ երբեմն էլ բացառվում են միայն որոշ դեպքերում:

Մենք չենք վճարի բացառված բժշկական նպաստների համար, որոնք նշված են այս բաժնում (կամ այս *Անդամի ձեռնարկի*) որևէ այլ մասում): Եթե Դուք կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք չապահովագրված ծառայության համար, դուք կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժիններ D, E, F և G:

Ի լրումն Նպաստների աղյուսակում նկարագրված յուրաքանչյուր բացառության կամ սահմանափակման, հետևյալ պարագաները և ծառայությունները չեն փոխհատուցվում մեր ծրագրի կողմից՝

- Ծառայությունները համարվում են ոչ «ողջամիտ և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ»՝ համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի ստանդարտներին, եթե այս ծառայությունները չեն մտնում մեր ծրագրի մեջ որպես փոխհատուցվող ծառայություններ:
- Էքսպերիմենտալ բժշկական և վիրաբուժական միջամտությունները, նյութերը և դեղերը, եթե նրանք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կամ Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության կամ մեր ծրագրի կողմից: Կլինիկական հետազոտությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Գլուխ 3: Էքսպերիմենտալ բուժումը կամ նյութերը՝ դա այն բուժումն ու նյութերն են, որոնք հաստատված չեն բժշկական համայնքի կողմից:
- Ճարպակալության համար վիրաբուժական միջամտությունը, բացի, երբ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է և վճարվում է Medicare-ի կողմից:
- Հիվանդանոցում մասնավոր սենյակը, բացի, երբ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է:
- Մասնավոր հերթապահ բուժքույրեր:
- Անձնական իրեր ձեր հիվանդանոցային սենյակում կամ առողջարանում, ինչպես օրինակ հեռախոսը կամ հեռուստացույցը:
- Լրիվ դրույքով բուժքրոջ ծառայություններ ձեր տանը:
- Ձեր անմիջական ազգականներից կամ ընտանիքի անդամներից գանձված վճարներ:
- Ընտրովի կամ կամավոր առողջարարական պրոցեդուրաներ կամ ծառայություններ (ներառյալ քաշի նվազեցումը, մազերի աճը, սեռական կատարողականությունը, աթլետիկ վիճակը, կոսմետիկ նպատակները, հակատարիքային և հոգեկան վիճակի կատարողականությունը), բացի բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ դեպքերից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Կոսմետիկ վիրաբուժություն կամ այլ կոսմետիկ աշխատանք, եթե այն անհրաժեշտ չէ պատահական վնասվածքը կամ մարմնի որևէ մասը բարեկարգելու համար, որը ճիշտ չէ ձևավորված: Ինչևիցե, մենք կվճարենք կրծքի վերականգնողական աշխատանքների համար մաստեկտոմիայից հետո և մյուս կուրծքը դրան համապատասխանեցնելու համար:
- Խիրուրգական բուժօգնությունը՝ բացի ողնուղեղի ձեռքով կարգավորումից՝ համաձայն Medicare-ի փոխհատուցման ուղեցույցի:
- Ուտաթաթի ստանդարտ բուժօգնություն, բացի նկարագրված պոդիատրիկ ծառայությունների Նպաստների հաշվարկների բաժնում D:
- Օրթոպեդիկ կոշիկներ, եթե կոշիկները չեն կազմում ոտքի ամրակալի մի մասը և ներառված են ամրակալի արժեքի մեջ կամ, եթե կոշիկները դիաբետով հիվանդ մարդու համար են:
- Ուտաթաթի համար աջակցող սարքեր, բացի դիաբետով հիվանդ ոտքի հիվանդությամբ մարդկանց համար նախատեսված օրթոպեդիկ կամ թերապևտիկ կոշիկներից:
- Ճառագայթային կերատոտոմիա, տեսողության թերապիա և այլ օգնություններ վատ տեսողությամբ մարդկանց համար:
- Դեստերիլիզացիա, սեռի փոխման վիրահատություններ և չնշանակված հակաբեղմնավորիչ միջոցներ:
- Նատուրոպատի ծառայություններ (բնական կամ այլընտրանքային բուժումներ):
- Վետերաններին տրամադրվող ծառայություններ Վետերանների վարչության (VA) հաստատություններում: Ինչևիցե, եթե վետերանը ստանում է շտապ բուժօգնության ծառայություններ VA-ի հիվանդանոցում և VA-ի համավճարը մեր ծրագրով նախատեսած գումարից ավել է, մենք կփոխհատուցենք վետերանին տարբերությունը: Դուք դեռևս պետք է վճարեք գումարի Ձեր չափաբաժինը:



Գլուխ 5. Ձեր՝ ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի ստացում ծրագրի միջոցով

Ներածություն

Այս գլխում նկարագրված են կանոններ ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերը ստանալու վերաբերյալ: Սրանք դեղեր են, որոնք Ձեր մատակարարը պատվիրում է Ձեզ համար, որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից կամ փոստի ծառայությունից: Դրանց մեջ մտնում են նաև Medicare-ի Մաս D-ի և Medi-Cal-ի դեղերը: Գլուխ 6-ում ասվում է, թե որքան պետք է վճարեք այդ դեղերի համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը նաև փոխհատուցում է հետևյալ դեղերը, թեև նրանց մասին չի հիշատակվելու այս գլխում.

- Medicare-ի Մաս A-ի կողմից ապահովագրված դեղեր: Դրանք ներառում են Ձեզ տրվող որոշ դեղեր, երբ Դուք գտնվում եք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում:
- Medicare-ի Մաս B-ի կողմից ապահովագրված դեղեր: Դրանք ներառում են քիմիաթերապիայի որոշ դեղեր, բժշկի կամ մատակարարի գրասենյակի այցելության ժամանակ Ձեզ տրվող որոշ դեղի ներարկումներ և դիալիզի կլինիկայում Ձեզ տրվող դեղեր: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ թե Medicare-ի Մաս B-ի ո՞ր դեղերն են փոխհատուցվում անցե՞ք Գլուխ 4-ի Բաժին D-ի Նպաստների աղյուսակ:

Կանոններ ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի փոխհատուցման վերաբերյալ

Մենք կփոխհատուցենք Ձեր դեղերը, եթե հետևեք այս բաժնում նկարագրված կանոններին:

- Ձեր դեղատոմսը պետք է դուրս գրվի բժշկի կամ այլ մատուցողի կողմից: Այս անձը սովորաբար Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողն է (PCP): Այն կարող է լինել նաև ցանցային այլ մատուցող, եթե նրա մոտ ուղեգրել է Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողը:
- Սովորաբար Դուք պետք է օգտվեք ցանցային դեղատնից, որպեսզի ստանաք Ձեր դեղատոմսով դեղը:
- Ձեր նշանակված դեղը պետք է լինի ծրագրի *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում*: Այն համառոտ կոչվում է «Դեղերի ցանկ»:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Եթե այն Դեղերի ցանկում չէ, հնարավոր է, մենք կարողանանք փոխհատուցել այն բացառության կարգով:
- Բացառության համար դիմելու վերաբերյալ տեղեկության համար անցե՛ք Գլուխ 9:
- Դուք կարող եք գնալ մեր ցանցային դեղատներից ցանկացածը: Սա նշանակում է, որ դեղի կիրառումը հաստատված է ինչպես Մթերային ապրանքների և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչության կողմից, այնպես էլ հաստատվում է դեղամիջոցային միջոցների տեղեկատուի կողմից: Դեղամիջոցները, որոնք օգտագործվում են FDA-ի կամ տեղեկատու գրքերի կողմից չաջակցվող պայմանների բուժման համար, կոչվում են «չպիտակավորված» ցուցումներ: «Չպիտակավորված» նշումների համար օգտագործվող դեղերը բժշկական ընդունված ցուցումներ չեն և, հետևաբար, ապահովագրված նպաստ չեն, եթե՝
- Այս «չպիտակավորված» օգտագործումը մեջբերվում է CMS-ի կողմից հաստատված տեղեկանքի գրքերից մեկում:
- Որոշ դեղեր նշված են հիմնական բժշկական ամսագրերի երկու (2) հոդվածներում, որտեղ ներկայացված են տվյալներ, որոնք աջակցում են չգրանցված նշանակման դեղերի օգտագործումը կամ օգտագործումները որպես ապահով և արդյունավետ միջոց (սա վերաբերվում է Medi-Cal-ի կողմից հայցված դեղերին միայն):

Բովանդակություն

A. Ինչպե՞ս կարող եք լրացնել Ձեր դեղատոմսերը	133
A1. Լրացրե՛ք դեղատոմսը ցանցային դեղատանը	133
A2. Օգտագործելով Ձեր անդամի ID քարտը, երբ Դուք լրացնում եք դեղատոմսը.....	133
A3. Ինչպե՞ս կարող եք փոխարկել այլ ցանցային դեղատան:.....	133
A4. Ի՞նչ անել, եթե Ձեր դեղատոմսը լքում է ցանցը	134
A5. Օգտագործելով մասնագիտացված դեղատուն	134
A6. Օգտվել փոստային ծառայությունից դեղերը ստանալու համար	134
A7. Ձեռք բերել դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում.....	136
A8. Կարո՞ղ եք օգտվել ոչ ցանցային դեղատնից:	137

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



A9. Եթե Դուք վճարեք դեղատոմսով դեղի համար, ծրագիրը հետ կվճարի Ձեզ դրա համար	137
B. Ծրագրի Դեղերի ցանկ	137
B1. Ի՞նչ դեղեր են պարունակվում Դեղերի ցանկում	137
B2. Ինչպե՞ս գտնել դեղը Դեղերի ցանկում:	138
B3. Ի՞նչ դեղեր չեն պարունակվում Դեղերի ցանկում	138
B4. Դեղերի ցանկի ծախսերի համօգտագործման աստիճաններ	139
C. Սահմանափակումներ որոշ դեղերի վրա	140
D. Ինչո՞ւ կարող է չփոխհատուցվել Ձեր դեղը	141
D1. Այն Ձեզ կարող է տրամադրվել ժամանակավորապես	141
E. Փոփոխություններ դեղերի փոխհատուցման հարցում	143
F. Դեղերի փոխհատուցում հատուկ դեպքերի համար	146
F1. Եթե Դուք հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված առողջարանում եք և Ձեր ծառայությունները փոխհատուցվում են ծրագրի կողմից	146
F2. Եթե Դուք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում եք	146
F3. Եթե Դուք Medicare-ի կողմից արտոնագրված ծերանոցի ծրագրում եք	146
G. Ծրագրեր դեղերի անվտանգության և նրանց կառավարման համար	147
G1. Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին անվտանգ կերպով օգտագործել դեղերը	147
G2. Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին կառավարել իրենց դեղերը	147
G3. Դեղամիջոցների կառավարման ծրագիրը կօգնի անդամներին անվտանգ օգտագործել իրենց ափիոնատիպ դեղորայքը	148



A. Ինչպե՞ս կարող եք լրացնել Ձեր դեղատոմսերը

A1. Լրացրե՛ք դեղատոմսը ցանցային դեղատանը

Սովորաբար, մենք վճարում ենք դեղատոմսերի համար **միայն**, եթե նրանք լրացված են մեր ցանցային դեղատներից որևէ մեկում: Ցանցային դեղատունը դա այն դեղատունն է, որը դեղատոմսեր է դուրս գրելու մեր ծրագրի անդամներին: Դուք կարող եք օգտվել մեր ցանցային դեղատներից ցանկացածից:

Ցանցի դեղատուն կարող եք գտնել *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակի մեջ*, կամ այցելելով մեր կայքը, կամ դիմելով Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ Ձեր խնամքի համակարգողին:

A2. Օգտագործելով Ձեր անդամի ID քարտը, երբ Դուք լրացնում եք դեղատոմսը

Ձեր դեղատոմսը լրացնելու համար **ցույց տվե՛ք Ձեր Անդամի ID քարտը** Ձեր ցանցային դեղատներում: Ցանցի դեղատունը մեզից վճար կպահանջի Ձեր փոխհատուցվող դեղերի *մեր վճարի մասնաբաժինը*: Ձեր դեղատոմսը վերցնելիս անհրաժեշտ է դեղատանը վճարելու կատարել:

Եթե Ձեր ծրագրի՝ Անդամի ID քարտը Ձեզ հետ չէ, երբ Դուք ստանում եք Ձեր դեղատոմսով դեղը, խնդրեք դեղատանը, որպեսզի նրանք զանգահարեն մեզ՝ ստանալու անհրաժեշտ տեղեկությունը:

Եթե դեղատունը չկարողանա ստանալ անհրաժեշտ տեղեկությունները, հնարավոր է, Դուք դեղը վերցնելիս վճարեք նրա լրիվ արժեքը: Դուք հետո կարող եք դիմել մեզ գումարի մեր չափաբաժինը Ձեզ հետ վճարելու համար: Եթե Դուք չեք կարող վճարել դեղերի համար, անհապաղ կապվեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ: Մենք կանենք հնարավոր ամեն բան օգնելու համար:

- Իմանալու համար, թե ինչպես պետք է դիմեք մեզ՝ հետ վճարելու համար, անցե՛ք Գլուխ 7-ի Բաժիններ A-ի և B:
- Եթե դեղատոմսով դեղը ստանալու համար օգնության կարիք ունեք, կարող եք կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի կամ Ձեր խնամքի համակարգողի հետ:

A3. Ինչպե՞ս կարող եք փոխարկել այլ ցանցային դեղատան:

Եթե փոխում եք դեղատունը և պետք է նորից ստանաք դեղատոմսով դեղը, կարող եք կամ խնդրել, որպեսզի մատուցողը նոր դեղատոմս դուրս գրի Ձեզ համար, կամ խնդրել Ձեր դեղատանը, որպեսզի Ձեր դեղատոմսը փոխանցի նոր դեղատանը եթե լիցքավորման հնարավորություն դեռ կա:

Եթե Դուք Ձեր ցանցային դեղատունը փոխելու օգնության կարիք ունեք, ապա կարող եք կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի կամ Ձեր խնամքի համակարգողի հետ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



A4. Ի՞նչ անել, եթե Ձեր դեղատոմսը լքում է ցանցը

Եթե այն դեղատոմսը, որից Դուք օգտվում եք, դուրս գա ծրագրի ցանցից, Դուք ստիպված եք կլինեք գտնել նոր ցանցային դեղատոմս:

Նոր ցանցային դեղատոմս գտնելու համար Դուք կարող եք փնտրել նորը *Ծառայություն մատուցողների և դեղատոմսերի գրացուցակում*, այցելել մեր կայքը, կամ դիմել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ Ձեր խնամքի համակարգողին:

A5. Օգտագործելով մասնագիտացված դեղատոմս

Երբեմն հարկ է լինում, որպեսզի դեղատոմսերը լրացվեն մասնագիտացված դեղատանը: Մասնագիտացված դեղատոմսերի մեջ են մտնում՝

- Դեղատոմսեր, որոնք տրամադրում են տնային ներարկումների համար դեղեր:
- Դեղատոմսեր, որոնք տրամադրում են դեղեր երկարատև բուժման հաստատությունների մշտաբնակներին, ինչպես օրինակ՝ առողջարանը:
 - Սովորաբար, երկարատև բուժման հաստատություններն ունեն իրենց սեփական դեղատոմսերը: Եթե Դուք բնակվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում, մենք պետք է համոզվենք, որ կարող եք ստանալ Ձեզ անհրաժեշտ դեղերը այդ հաստատության դեղատնից:
 - Եթե երկարատև բուժօգնության հաստատության դեղատոմսը չի մտնում մեր ցանցի մեջ կամ այլ դժվարություններ ունեք Ձեր դեղերը ստանալու հետ կապված երկարատև բուժօգնության հաստատությունում, կապվեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ:
- Դեղատոմսեր, որոնք սպասարկում են Հնդկական առողջապահական/Տոհմատիրական/Քաղաքի հնդկական առողջապահական ծրագիրը: Բացի շտապ օգնության դեպքերից, այս դեղատոմսերից կարող են օգտվել միայն բնիկ ամերիկացիները կամ Ալյասկայի տեղաբնակները:
- Դեղատոմսեր, որոնք տրամադրում են օգտագործման հատուկ ձևով և ցուցումներով դեղեր:

Ցանցային դեղատոմս գտնելու համար կարող եք փնտրել *Ծառայություն մատուցողների և դեղատոմսերի գրացուցակում* այցելել մեր վեբկայք կամ կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի կամ Ձեր խնամքի համակարգողի հետ:

A6. Օգտվել փոստային ծառայությունից դեղերը ստանալու համար

Որոշակի տեսակի դեղերի համար Դուք կարող եք օգտագործել ծրագրի ցանցի փոստային պատվերի ծառայությունները: Ընդհանուր առմամբ, փոստային պատվերով հասանելի դեղերը՝ դրանք այն դեղերն են, որոնք կարող եք ընդունել պարբերական հիմունքով քրոնիկ կամ երկարատև հիվանդության դեպքում: *Մեր ծրագրի փոստային ծառայության միջոցով տրամադրվող դեղերը Դեղերի ցանկում նշված են որպես [NDS]*

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեր ծրագրի փոստով պատվիրման ծառայությունը թույլ է տալիս Ձեզ պատվիրել մինչև 100-օրյա մատակարարում Աստիճան 1-ի դեղերի համար և 90-օրյա մատակարարում Աստիճան 2-3 դեղերի համար: 90-օրյա և 100-օրյա մատակարարման համար պետք է վճարեք միևնույն համավճարը, ինչը որ մեկ ամսվա մատակարարման համար:

Լրացնելով իմ դեղատոմսերը փոստով

Ձեր դեղատոմսերը փոստով լրացնելու վերաբերյալ *պատվերի ձևեր* և տեղեկատվություն ստանալու համար, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

Սովորաբար, փոստային պատվիրման միջոցով դեղատոմսով դեղը Ձեզ է հասնում 10-14 օրվա ընթացքում: Ինչևիցե, երբեմն Ձեր փոստային ծառայության պատվերը կարող է ուշանալ: Ուշանալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն օգնություն ստանալու համար: Ներկայացուցիչը կօգնի Ձեզ ձեռք բերել դեղորայքի բավարար պաշար տեղական մանրածախ ցանցի դեղատնից, այնպես որ Դուք առանց դեղերի չեք մնա մինչև փոստի ծառայության դեղերի ժամանումը: Սա կարող է պահանջել Ձեր բժշկի հետ կապ հաստատել, որպեսզի նա ունենա իր հեռախոսը կամ նոր դեղատոմս ուղարկի մանրածախ ցանցի դեղատուն՝ անհրաժեշտ քանակությամբ դեղորայքի ստացման համար, մինչև որ ստանաք փոստի ծառայության դեղորայքը:

Եթե ուշացումը 14 օրից ավելի է, երբ դեղատոմսը պատվիրվել է փոստային ծառայության դեղատնից, և ուշացումը պայմանավորված է փոստի համակարգում դեղորայքի կորստից, ապա Հաճախորդների սպասարկումը կարող է համակարգել փոստային ծառայության դեղատանը փոխարինող պատվերը:

Փոստի սպասարկման գործընթացներ

Փոստային պատվիրման ծառայությունը տարբեր միջոցներ ունի՝ Ձեզանից, Ձեր մատակարարի գրասենյակից նոր դեղատոմսեր ստանալու համար և Ձեր փոստային պատվիրման դեղատոմսերը վերալրացնելու համար՝

1. Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատունը ստանում է Ձեզանից

Դեղատունը ավտոմատ կերպով կլրացնի և կուղարկի Ձեզանից ստացած նոր դեղատոմսերը:

2. Նոր դեղատոմսերը, որոնք դեղատունը ստանում է անմիջապես Ձեր մատուցողի գրասենյակից

Դեղատոմսն առողջապահական մատակարարից ստանալուց հետո դեղատունը կկապվի Ձեզ հետ՝ ճշտելու՝ արդյոք Դուք ուզում եք անմիջապես համալրել Ձեր դեղի պաշարը, թե դա անել ավելի ուշ:

- Սա Ձեզ թույլ կտա համոզվել, արդյոք դեղատունը ճիշտ դեղն է ուղարկում (այդ թվում նաև՝ բաղադրությունը, քանակը և ձևը) և, անհրաժեշտության դեպքում, թույլ կտա Ձեզ դադարեցնել կամ հետաձգել պատվերը նախքան հաշիվը և ապրանքը Ձեզ ուղարկելը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Շատ կարևոր է, որ Դուք ամեն անգամ պատասխանեք դեղատան զանգերին՝ տեղեկացնելով նրանց, թե ինչ պետք է անել նոր դեղատոմսի հետ, որը կկանխի առաքման ուշացումները:

3. Լրացնում է փոստային ծառայության դեղատոմսերը

Դեղերը ստանալու համար Դուք պետք է գրանցվեք ավտոմատ լիցքավորման ծրագրում, որը կոչվում է «Ինքնավերալրացումներ»։ Այս ծրագրի շրջանակներում մենք ավտոմատ կերպով սկսում ենք Ձեր հաջորդ վերալրացումը, երբ մեր արձանագրությունները ցույց են տալիս, որ Ձեր դեղերը վերջանալուն մոտ են:

- Դեղատան ներկայացուցիչը կկապվի Ձեզ հետ նախքան յուրաքանչյուր համալրման առաքումը, համոզված լինելու համար, որ Դուք դեղերի կարիքն ունեք, իմնչպես նաև կարող եք չեղարկել պլանավորված համալրումը, եթե ունեք բավարար քանակով դեղեր կամ, եթե դեղը փոխվել է:
- Եթե նախընտրում եք չօգտվել Ինքնավերալրացման ծրագրից, կապվեք Ձեր դեղատան հետ՝ Ձեր առկա դեղերի պաշարը ավարտվելուց 14 օր առաջ, որպեսզի Ձեր հաջորդ պատվերը ժամանակին տեղ հասնի:

Փոստային պատվերների ավտոմատ նախապատրաստման ծրագրից հրաժարվելու համար կապվեք մեզ հետ՝ զանգահարելով CVS Caremark՝ 1-866-346-7200 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

Դեղատունը կարող է կապվել Ձեզ հետ՝ մինչև ապրանքի առաքումը, ուստի դեղատանը տրամադրեք Ձեզ հետ կապվելու ամենամատչելի միջոցները: Համոզվեք, որ Ձեր կոնտակտային տվյալները միշտ արդիացված են Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի հետ: Եթե ուզում եք արդիացնել Ձեր հեռախոսահամարը կամ հասցեն, կարող եք կապվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ (հեռախոսահամարը նշված է այս էջի ներքևում):

A7. Ձեռք բերել դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում

Դուք կարող եք ստանալ մեր ծրագրի Դեղերի ցանկի սպասարկման դեղերի երկարատև մատակարարում: Սպասարկման դեղերը այն դեղերն են, որոնք Դուք ընդունում եք պարբերաբար՝ խրոնիկ կամ երկարատև բուժման ընթացքում:

Ցանցային որոշ դեղատներ թույլ են տալիս ստանալ սպասարկման դեղերի երկարատև մատակարարում: 100-օրյա մատակարարում Աստիճան 1 դեղերի համար և 90-օրյա մատակարարում՝ Աստիճան 2-3 դեղերի համար ունի նույն համավճարն, ինչ մեկամսյա մատակարարումը: *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակում* նշված է, թե որ դեղատներն են տրամադրում սպասարկման դեղերի երկարատև մատակարարում: Դուք նաև կարող եք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

Որոշ դեղերի դեպքում կարող եք օգտվել ծրագրի փոստային ծառայությունից՝ սպասարկման դեղերի երկարատև մատակարարումը ստանալու համար: Փոստային ծառայություններին ծանոթանալու համար անցե՛ք վերը նշված բաժնին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



A8. Կարո՞ղ եք օգտվել ոչ ցանցային դեղատնից:

Սովորաբար, մենք վճարում ենք ոչ ցանցային դեղատանը լրացրած դեղատոմսի համարմիայն, երբ չեք կարող օգտվել ցանցային դեղատնից: Մենք ունենք մեր սպասարկման տարածքից դուրս գտնվող ցանցային դեղատներ, որտեղ Ձեզ՝ որպես մեր ծրագրի մասնակցի համար, կարող են բաց թողնվել Ձեր դեղատոմսով դեղերը:

Մենք կվճարենք ոչ-ցանցային դեղատանը բաց թողնված դեղերի համար հետևյալ դեպքերում՝

- Արտակարգ իրավիճակներում
- Երբ Դուք մինչև վեց (6) ամիս գտնվում եք սպասարկման տարածքից դուրս:

Խորհուրդ եմ տալիս լրացնել բոլոր Ձեր դեղատոմսերը նախքան սպասարկման տարածքից դուրս ճամփորդելը, որպեսզի բնականոն ձևով ստանաք դեղերը: Եթե մինչ մեկնելը՝ դեղերը ժամանակին ստանալու համար օգնության կարիք ունեք, կապվեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ:

Այս դեպքերում խնդրում ենք սկզբից ճշտել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնից, և պարզել՝ արդյոք մոտակայքում գոյություն ունի որևէ ցանցային դեղատուն:

A9. Եթե Դուք վճարեք դեղատոմսով դեղի համար, ծրագիրը հետ կվճարի Ձեզ դրա համար

Եթե Դուք օգտվելու եք ոչ ցանցային դեղատնից, Դուք վճարելու եք լրիվ արժեքը՝ համավճարի փոխարեն, երբ ստանաք դեղատոմսով դեղը: Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք հետ վճարենք Ձեզ դեղի արժեքի մեր չափաբաժինը:

Այս ամենի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 7-ի Բաժին A:

B. Ծրագրի Դեղերի ցանկ

Մենք ունենք *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ*: Այն համառոտ կոչվում է «Դեղերի ցանկ»:

Դեղերի ցանկի դեղերը ընտրված են մեր կողմից՝ մի խումբ բժիշկների և դեղագետների օգնությամբ: Դեղերի ցանկում նաև նշված է կան արդյոք օրենքներ, որոնց պետք է հետևեք դեղերը ստանալու համար:

Սովորաբար, մենք փոխհատուցում ենք Դեղերի ցանկի որևէ դեղ, եթե Դուք հետևեք այս գլխում ներկայացված կանոններին:

B1. Ի՞նչ դեղեր են պարունակվում Դեղերի ցանկում

Դեղերի ցանկը ներառում է դեղեր, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս D-ով, ինչպես նաև որոշ դեղատոմսով դեղեր և առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC), ապրանքներ, որոնք փոխհատուցվում են Ձեր Medi-Cal-ի նպաստների հաշվով:

Դեղերի ցանկում կան և՛ բրենդային անուններ, օրինակ՝ Januvia, և՛ ջեներիկ դեղեր, օրինակ՝ Metformin: Ջեներիկ դեղերն ունեն միևնույն բաղադրիչները, ինչ-որ բրենդային դեղերը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ընդհանրապես, դրանք ներագրում են նույնքան լավ, որքան ապրանքանիշային անվանումով դեղերը և սովորաբար արժեն ավելի էժան:

Մեր ծրագիրը նաև փոխհատուցում է որոշ դեղատոմսով դուրս չգրվող դեղեր և ապրանքներ: Դեղատոմսով դուրս չգրվող որոշ դեղերի մի մասն ավելի էժան է, քան դեղատոմսով դուրս գրվողները և ունեն նույն ազդեցությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

B2. Ինչպե՞ս գտնել դեղը Դեղերի ցանկում:

Պարզելու համար՝ արդյոք Ձեր ընդունած դեղն առկա է մեր Դեղերի ցանկում, կարող եք.

- Ստուգել Դեղերի ցանկի ամենա վերջին տարբերակը, որը մենք ուղարկել ենք Ձեզ փոստով:
- Այցելել ծրագրի վեբկայք՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy: Վեբ կայքում գտնվող Դեղերի ցանկը միշտ ներկայացված է ամենա վերջին տարբերակով:
- Չանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որպեսզի պարզեք արդյոք դեղը մեր Դեղերի ցանկում է կամ խնդրեք ցանկի պատճենը:

B3. Ի՞նչ դեղեր չեն պարունակվում Դեղերի ցանկում

Մենք չենք փոխհատուցում բոլոր դեղատոմսով դեղերը: Որոշ դեղեր ներառված չեն Դեղերի ցանկում, քանի որ օրենքով թույլատրված չէ փոխհատուցել այդ դեղերը: Այլ դեպքերում մենք որոշել ենք չներառել դեղը Դեղերի ցանկի մեջ:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը չի վճարի այս բաժնում նշված դեղերի համար: Սրանք կոչվում են **բացառված դեղեր**: Եթե Դուք դեղատոմս ունեք բացառված դեղի համար, դուք ինքներդ պետք է վճարեք դրա համար: Եթե Դուք կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք բացառված դեղի համար, քանի որ Ձեր գործն է այդպես պահանջում, Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: (Բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9 Բաժին F :)

Ահա երեք ընդհանուր կանոն բացառված դեղերի համար՝

1. Մեր ծրագրի ամբուլատոր դեղերի փոխհատուցումը (որը ներառում է Part D և Medi-Cal դեղեր) չի փոխհատուցում Medicare-ի Մաս A-ով կամ Մաս B-ով արդեն փոխհատուցվող դեղերը: Medicare-ի Մաս A-ով կամ Մաս B-ով փոխհատուցվող դեղերը, անվճար փոխհատուցվում են Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ով, բայց չեն հանդիսանում ամբուլատոր դեղորայքի բժշկական նպաստների մի մասը:
2. Մեր ծրագիրը չի կարող փոխհատուցել ԱՄՆ-ից և դրա տարածքներից դուրս գնված դեղի համար:
3. Դեղի կիրառումը՝ որպես Ձեր հիվանդության բուժման միջոց, պետք է հաստատվի ինչպես Մթերային ապրանքների և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչության

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



(FDA), այնպես էլ՝ դեղային միջոցների տեղեկատվական կողմից: Ձեր բժիշկը կարող է նշանակել որոշակի դեղ Ձեր հիվանդությունը բուժելու համար նույնիսկ, եթե հաստատված չէ, որ այն կբուժի ձեր հիվանդությունը: Սա կոչվում է չգրանցված նշանակում: Մեր ծրագիրը սովորաբար չի փոխհատուցում այն դեղերը, երբ նրանք դուրս են գրված չգրանցված նշանակման համար:

Ինչպես նաև՝ համաձայն օրենքի, ստորև նշված դեղերի տեսակները չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:

- Պտղաբերությունը խթանելու համար օգտագործվող դեղերը
- Կոսմետիկ միջոցների կամ մազերի աճի համար օգտագործվող դեղերը
- Սեռական կամ էրեկցիոն դիսֆունկցիաները բուժող դեղերը, ինչպես օրինակ՝ Viagra®-ն, Cialis®-ը, Levitra®-ն և Caverject®-ը
- Ամբուլատոր դեղեր, երբ ընկերությունը, որը պատրաստում է դեղեր, հայտնում է, որ Դուք պետք է թեստեր հանձնեք կամ օգտվեք ծառայություններից, որոնք անց են կացվում և տրամադրվում են միայն իրենց կողմից:

B4. Դեղերի ցանկի ծախսերի համագտագործման աստիճաններ

Մեր Դեղերի ցանկի ամեն մի դեղ **ծախսերի համագտագործման** չորս (4) աստիճանից մեկում է: Աստիճանը հիմնականում նույն տեսակի դեղերի խումբ է (օրինակ՝ ապրանքանիշային անվանումով, ջններիկ դեղեր, կամ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր): **Սովորաբար, որքան բարձր է ծախսերի կիսման աստիճանը, այնքան բարձր է դեղի գինը:**

- Ծախսերի կիսման 1 աստիճանը (մեր ամենացածր աստիճանը) ներառում է ջններիկ դեղորայքը:
- Ծախսերի կիսման 2 աստիճանը ներառում է ջններիկ դեղորայքը:
- Ծախսերի կիսման 3 աստիճանը (մեր ամենաբարձր աստիճանը) ներառում է Բրենդային դեղորայքը:
- Ծախսերի համագտագործման 4 աստիճանը ներառում է ոչ-Medicare-ի դեղերը և առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերը:

Որպեսզի պարզեք, թե Ձեր դեղը որ ծախսերի համագտագործման աստիճանում է, փնտրեք այդ դեղը մեր Դեղերի ցանկում:

Գլուխ 6-ի Բաժիններ C, D և E-ում ասվում է, թե որքան գումար եք վճարում ամեն ծախսի համագտագործման աստիճանի դեպքում:

C. Սահմանափակումներ որոշ դեղերի վրա

Դեղատոմսով որոշ դեղերի համար կան սահմանափակումներ, թե ինչպես և երբ են դրանք փոխհատուցվում ծրագրի կողմից: Ընդհանուր առմամբ, մեր կանոնները խրախուսում են Ձեզ ստանալ դեղ, որն օգնում է առողջական վիճակի բարելավմանը, ինչպես նաև անվտանգ է և արդյունավետ: Այն դեպքում, երբ անվտանգ, ցածրարժեք դեղը ներագրում է նույնքան լավ, որքան որ բարձրարժեքը, մենք ակնկալում ենք, որ Ձեր մատակարարն օգտագործի ցածրարժեք դեղը:

Եթե Ձեր դեղի համար հատուկ օրենք կա, դա նշանակում է, որ Դուք կամ Ձեր մատուցողը պետք է լրացուցիչ քայլերի դիմեք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք դեղը:

Օրինակ, Ձեր մատուցողը պետք է ասի մեզ Ձեր ախտորոշումը կամ նախապես տրամադրի արյան անալիզների արդյունքները: Եթե Դուք կամ Ձեր մատուցողը կարծում եք, որ մեր օրենքը չի տարածվում Ձեր դեպքի վրա, Դուք պետք է մեզանից բացառություն խնդրեք: Մենք կարող ենք համաձայնվել կամ չհամաձայնվել թույլ տալ Ձեզ օգտագործել դեղը առանց լրացուցիչ քայլեր նախաձեռնելու:

Բացառություններ խնդրելու մասին ավելին իմանալու համար անցե՛ք Գլուխ 9 Բաժին F2:

1. Բրենդային դեղերի օգտագործման սահմանափակում, երբ մատչելի է ջեներիկ տարբերակը:

Ընդհանրապես, ջեներիկ դեղը ներագրում է նույն կերպ, ինչպես և ապրանքանիշային անվանումով դեղը և սովորաբար արժե ավելի էժան: Սովորաբար, եթե առկա է ջեներիկ դեղի ոչ պատենտային տարբերակը, մեր ցանցային դեղատները կտրամադրեն ոչ պատենտային տարբերակը:

- Սովորաբար մենք չենք վճարում բրենդային անվանումով դեղի համար, եթե կա դրա ջեներիկ տարբերակը:
- Այնուամենայնիվ, եթե Ձեր մատակարարը հայտնել է մեզ բժշկական հիմնավորումը, որ ո՛չ ջեներիկ դեղը, ո՛չ էլ այլ ապահովագրված դեղեր, որոնք ցուցված են նույն հիվանդության համար, չեն ներագրի ձեր դեպքում, ապա այդ դեպքում մենք կփոխհատուցենք ապրանքանիշային անվանումով դեղի համար:
- Բրենդային դեղի համար Ձեր համավճարը կարող է ավելի շատ լինել, քան ջեներիկ դեղի համար:

2. Ինչպե՞ս նախապես ստանալ ծրագրի հաստատումը

Որոշ դեղերի դեպքում Դուք կամ Ձեր բժիշկը պետք է նախապես հաստատում ստանաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից՝ մինչ դեղատոմսը լրացնելը: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կարող է չփոխհատուցել ծառայությունը, եթե Դուք հաստատում չստանաք:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



3. Նախ պետք է փորձեք այլ դեղ

Սովորաբար, մենք ուզում ենք, որպեսզի Դուք փորձեք մատչելի գնով դեղեր (որոնք հաճախ նույնքան արդյունավետ են) նախքան թանկարժեք դեղերը փոխհատուցելը: Օրինակ, եթե Դեղ A-ն և Դեղ B-ն նույն հիվանդության համար են, և Դեղ A-ն ավելի էժան է, քան Դեղ B-ն, Դուք պետք է նախ փորձեք Դեղ A-ն:

Եթե Դեղ A-ն չօգնի Ձեզ, ապա մենք կփոխհատուցենք Դեղ B-ն: Սա կոչվում է փուլային թերապիա:

4. Քանակի սահմանափակումներ

Որոշ դեղերի համար ծրագիրը սահմանափակում է դեղի քանակությունը: Սա կոչվում է քանակի սահմանափակում: Դեղի ինչ քանակություն կարող եք ունենալ ամեն անգամ՝ ձեր դեղատոմսը դուրս գրելիս:

Պարզելու համար, արդյո՞ք վերոնշյալ կանոններից ոմանք կիրառելի են Ձեր ընդունած կամ որ ցանկանում եք ընդունել դեղի նկատմամբ, ստուգեք Դեղերի ցանկը: Ամենաթարմ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ այցելեք մեր վեբկայք՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy:

D. Ինչո՞ւ կարող է չփոխհատուցվել Ձեր դեղը

Մենք փորձում ենք ամեն կերպ հեշտացնել փոխհատուցումը, սակայն երբեմն ինչ-որ դեղ կարող է չփոխհատուցվել այնպես, ինչպես Դուք կցանկանայիք: Օրինակ՝

- Դեղը, որը պատրաստվում էք ընդունել չի փոխհատուցվում մեր ծրագրի կողմից: Դեղը կարող է չլինել Դեղերի ցանկում: Կարող է փոխհատուցվել դեղի ջնեներիկ տարբերակը, իսկ բրենդայինը՝ ոչ: Դեղը կարող է նոր լինել և մենք հնարավոր է դեռ ծանոթ չլինենք նրա անվտանգության և արդյունավետության հետ:
- Դեղը փոխհատուցվում է, բայց կան հատուկ օրենքներ կամ սահմանափակումներ այդ դեղի փոխհատուցման համար: Ինչպես բացատրված է վերոնշյալ բաժնում, մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվող որոշ դեղերի վրա գործում են սահմանափակման օրենքներ: Որոշ դեպքերում Դուք կամ դեղը դուրս գրող բժիշկը կարող եք մեզանից բացառություն խնդրել:

Դուք կարող եք դիմել որոշակի միջոցների, եթե Ձեր դեղը չի փոխհատուցվում Ձեր ուզած ձևով:

D1. Այն ձեզ կարող է տրամադրվել ժամանակավորապես

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք ժամանակավորապես տրամադրել Ձեզ դեղը, երբ այն Դեղերի ցանկում չէ կամ, եթե այն ինչ-որ ձև սահմանափակված է: Սա Ձեզ ժամանակ կտա զրուցելու Ձեր մատուցողի հետ՝ այլ դեղ ստանալու մասին կամ խնդրելու մեզ փոխհատուցել դեղը:

Դեղը ժամանակավորապես ստանալու համար Դուք պետք է համապատասխանեք ստորև նշված երկու օրենքին.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



1. Դեղը, որն ընդունում էիք՝

- այլևս մեր Դեղերի ցանկում չէ, **կամ**
- երբեք չի եղել մեր Դեղերի ցանկում, **կամ**
- այժմ ինչ-որ ձևով սահմանափակված է:

2. Դուք հետևյալ իրավիճակներից մեկում պետք է լինեք.

- Դուք ծրագրի մեջ էիք անցած տարի:
 - Մենք կփոխհատուցենք ձեր դեղը ժամանակավորապես **օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում**:
 - Այս ժամանակավոր մատակարարումը կլինի մինչև 30 օր:
 - Եթե ձեր դեղատոմսը ավելի քիչ օրերի համար է գրված, մենք թույլ կտանք առավելագույնը՝ մինչև լրացվի դեղի 30-օրյա մատակարարումը: Դուք պետք է լրացնեք դեղատոմսը ցանցային դեղատանը:
 - Երկարատև բուժօգնության դեղատոմսը կարող է տրամադրել դեղը միաժամանակ փոքր քանակությամբ՝ այն ավելորդ չվատնելու համար:
- Դուք մեր ծրագրում նոր մասնակից եք:
 - Մենք կփոխհատուցենք Ձեր դեղը ժամանակավորապես **Ձեր անդամակցության առաջին 90 օրվա ընթացքում**:
 - Այս ժամանակավոր մատակարարումը կլինի մինչև 30 օր:
 - Եթե Ձեր դեղատոմսը ավելի քիչ օրերի համար է գրված, մենք թույլ կտանք առավելագույնը՝ մինչև լրացվի դեղի 30-օրյա մատակարարումը: Դուք պետք է լրացնեք դեղատոմսը ցանցային դեղատանը:
 - Երկարատև բուժօգնության դեղատոմսը կարող է տրամադրել դեղը միաժամանակ փոքր քանակությամբ՝ այն ավելորդ չվատնելու համար:
- Դուք գտնվել եք ծրագրում 90 օրից ավել և ապրում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում և Ձեզ անհապաղ պետք է դեղի պաշարը:
 - Մենք կփոխհատուցենք մեկ 31-օրյա մատակարարում կամ ավելի քիչ, եթե Ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար: Սա ի հավելումն վերը նշված երկարատև անցումային մատակարարմանը:



- Դեղի ժամանակավոր պաշար ստանալու նպատակով դիմելու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

Երբ Ձեզ դեղը ժամանակավորապես տրամադրվի, Դուք պետք է քննարկեք Ձեր մատուցողի հետ՝ ինչ կարելի է անել դեղի պաշարը վերջանալուց հետո: Ահա թե ինչ տարբերակներ ունեք՝

- Կարող եք փոխել դեղը:

Հնարավոր է, ուրիշ դեղ լինի, որը փոխհատուցվում է մեր ծրագրի կողմից և արդյունավետ է Ձեզ համար: Կարող եք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն ու խնդրել Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը, որոնք բուժում են Ձեր հիվանդությունը: Սա կարող է օգնել Ձեր մատուցողին գտնել այնպիսի փոխհատուցվող դեղ, որը արդյունավետ կլինի Ձեզ համար:

ԿԱՄ

- Դուք կարող եք դիմել մեզ բացառության համար:

Դուք և Ձեր մատուցողը կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք բացառություն անենք: Օրինակ, Դուք կարող եք խնդրել փոխհատուցել մի դեղ, որը մեր Դեղերի ցանկում չէ: Կամ կարող եք խնդրել փոխհատուցել դեղը առանց սահմանափակումների: Եթե Ձեր մատակարարը հաստատի, որ Դուք բավարար հիմքեր ունեք բացառություն խնդրելու համար, նա կարող է օգնել Ձեզ բացառություն ստանալու համար:

Բացառություն խնդրելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժին F:

Եթե բացառություն խնդրելու հարցում օգնության կարիք ունեք, կարող եք կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի կամ խնամքի համակարգողի հետ:

E. Փոփոխություններ դեղերի փոխհատուցման հարցում

Դեղերի փոխհատուցման հարցում փոփոխությունների մեծ մասը տեղի է ունենում հունվարի 1-ին, սակայն տարին մեկ կարող է ավելացնել Դեղերի ցանկը: Մենք նույնպես կարող ենք փոխել մեր կանոնները դեղորայքի վերաբերյալ: Օրինակ, մենք կարող ենք՝

- Որոշել՝ պահանջել կամ չպահանջել նախնական համաձայնություն դեղի համար՝ (Նախնական համաձայնությանը Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից ստացած Ձեր թույլտվությունն է դեղորայքն ընդունելուց առաջ):
- Ավելացնել կամ փոփոխել դեղամիջոցների քանակը, որը Դուք կարող եք ստանալ (կոչվում է «քանակական սահմանափակումներ»):
- Ավելացնել կամ փոփոխել փուլային թերապիայի սահմանափակումները: (Փուլային բուժում նշանակում է, որ Դուք պետք է փորձեք մի դեղ, ապա նոր մենք կարող ենք ապահովագրել մեկ այլ դեղ:)

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Դեղամիջոցների այս կանոնների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար անցե՛ք սույն գլխի Բաժին C:

Եթե Դուք **տարեսկզբին** փոխհատուցված դեղամիջոց եք օգտագործում, մենք, ընդհանուր առմամբ, չենք հեռացնում կամ չենք փոխի այդ դեղամիջոցի փոխհատուցումը **տարվա ընթացքում**, եթե՝

- Նոր, ավելի էժան դեղ է ի հայտ գալիս, որը նույնպես ազդում է, ինչպես Դեղերի ցանկի դեղն ազդում է հիմա, **կամ**
- մենք պարզում ենք, որ այդ դեղը անվտանգ չէ, **կամ**
- դեղամիջոցը հեռացվել է շուկայից:

Ավելի շատ տեղեկատվություն ստանալու համար այն մասին, թե ինչ է տեղի ունենում, երբ Դեղերի ցանկը փոփոխվում է՝

- Ստուգե՛ք մեր թարմացված Դեղերի ցանկը առցանց՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy **կամ**
- Չանգահարե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն ընթացիկ Դեղերի ցանկը ստուգելու համար՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Դեղերի ցուցակի որոշ փոփոխություններ տեղի կունենան **անմիջապես**: Օրինակ՝

- **Նոր ջեներիկ դեղամիջոցը դառնում է հասանելի:** Երբեմն նոր, ավելի էժան դեղ է ի հայտ գալիս, որը նույնքան լավ է ազդում, արքան Դեղերի ցանկի դեղն ազդում է հիմա: Երբ դա տեղի ունենա, մենք կարող ենք հեռացնել ներկայիս բրենդային և նոր ջեներիկ դեղամիջոցները, բայց նոր դեղամիջոցի արժեքը կմնա նույնը կամ կլինի ավելի ցածր:

Երբ մենք ավելացնում ենք նոր ջեներիկ դեղը, մենք կարող ենք նաև որոշել, որ ընթացիկ դեղամիջոցը ցանկում պահպանվի, սակայն փոխվի դրա փոխհատուցման կանոնները կամ սահմանափակումները:

- Մենք չենք կարող Ձեզ ասել, նախքան այս փոփոխությունը կատարելը, բայց մենք կուղարկենք Ձեզ տեղեկություններ կոնկրետ փոփոխության կամ փոփոխությունների մասին:
- Դուք կարող եք նաև դիմել այդ սահմանափակումներից «բացառություն» ստանալու համար: Մենք Ձեզ ծանուցում կուղարկենք այն քայլերի մասին, որոնք կարող եք ձեռնարկել բացառություն խնդրելու համար: Բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար՝ անցե՛ք այս ձեռնարկի Գլուխ 9:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- **Դեղամիջոցը հեռացվել է շուկայից:** Եթե Սնունդի և դեղորայքի վերահսկման վարչությունը (FDA), ասում է, որ այն դեղը, որը Դուք ընդունում եք, ապահով չէ, մենք այն անմիջապես հեռացնում ենք Դեղերի ցանկից: Եթե Դուք օգտագործում եք այդ դեղերը, մենք Ձեզ կտեղեկացնենք: Դուք պետք է աշխատեք Ձեր մատուցողի հետ փոխարկել ոչ պատենտային դեղի կամ այլ փոխհատուցվող դեղի:

Մենք կարող ենք կատարել այլ փոփոխություններ, որոնք ազդում են Ձեր դեղերի վրա:

Մենք կանխագուշակելու ենք Դեղերի ցանկում այս դեղամիջոցների մասին այլ փոփոխությունների մասին: Այս փոփոխությունները կարող են տեղի ունենալ, եթե՝

- FDA-ն տրամադրում է նոր ուղեցույց կամ կա դեղամիջոցների նոր կլինիկական ուղեցույց:
- Մենք ավելացնում ենք ջններիկ դեղամիջոց, որը նոր չէ շուկայի համար **և**
 - Փոխարինե՞ք բրենդային անունով դեղը Դեղերի ցանկում ներկայացված դեղով **կամ**
 - Փոխե՞ք փոխհատուցման կանոնները կամ ապրանքային նշանի դեղերի սահմանափակումները:

Երբ տեղի ունենան այս փոփոխությունները, մենք՝

- Կտեղեկացնենք Ձեզ Դեղերի ցանկից դեղի հեռացման մասին առնվազն 30 օր առաջ կամ երբ Դուք դիմեք Ձեր դեղը համալրելու համար **կամ**
- Կտեղեկացնենք Ձեզ և կտրամադրենք 60-օրյա դեղի մատակարարում, Ձեր՝ լրացուցիչ դեղ պահանջելուց հետո:

Սա կտա Ձեզ ժամանակ խոսել Ձեր բժշկի կամ այլ մասնագետի հետ: Բուժքույրը կարող է օգնել Ձեզ որոշել հետևյալ հարցերը՝

- Եթե Դեղերի ցանկում կա նմանատիպ դեղ, կարող եք փոխարինել **կամ**
- Դուք կարող եք նաև դիմել այդ սահմանափակումներից «բացառություն» ստանալու համար: Բացառություններ խնդրելու մասին ավելին իմանալու համար անցե՛ք Գլուխ 9 Բաժին F:

Մենք կարող ենք փոփոխություններ մտցնել Ձեր ընդունած դեղերում, որոնք այժմ չեն ազդում Ձեզ վրա: Եթե Դուք **տարեսկզբին** փոխհատուցված դեղամիջոց եք օգտագործում, մենք, ընդհանուր առմամբ, չենք հեռացնում կամ չենք փոխի այդ դեղամիջոցի փոխհատուցումը **տարվա ընթացքում**, եթե՝

Օրինակ, եթե մենք հանենք Ձեր կողմից ստացված դեղը կամ սահմանափակենք դրա օգտագործումը, ապա փոփոխությունը չի ազդի դեղամիջոցի օգտագործման վրա՝ տարվա մնացած ժամանակահատվածի համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



F. Դեղերի փոխհատուցում հատուկդեպքերի համար

F1. Եթե Դուք հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված առողջարանում եք և Ձեր ծառայությունները փոխհատուցվում են ծրագրի կողմից

Եթե Ձեզ տեղափոխել են հիվանդանոց կամ մասնագիտացված բուժօգնության հաստատություն, որի ծառայությունները փոխհատուցվում են մեր ծրագրի կողմից, մենք սովորաբար, փոխհատուցում ենք Ձեր դեղատոմսով դեղերը այդ օրերի ընթացքում: Դուք համալճար չեք վճարելու: Հիվանդանոցից կամ մասնագիտացված բուժօգնության հաստատությունից դուրս գրվելուց հետո մենք կփոխհատուցենք Ձեր դեղերը, քանի դեռ նրանք համապատասխանում են մեր փոխհատուցման կանոններին:

Դեղերի փոխհատուցման մասին և Ձեր վճարվող գումարների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 6:

F2. Եթե Դուք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում եք

Սովորաբար, երկարատև բուժօգնության հաստատությունը, ինչպես օրինակ՝ ծերանոցը, ունի իր սեփական դեղատունը կամ այնպիսի դեղատուն, որը նրա բոլոր մշտաբնակներին ապահովում է դեղերով: Եթե Դուք գտնվում եք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում, Դուք կարողեք ստանալ Ձեր դեղատոմսով դեղերը հաստատության դեղատնից, եթե այն մեր ցանցի մեջ է:

Ստուգե՛ք *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակը*՝ պարզելու համար, արդյոք երկարատև բուժօգնության հաստատության դեղատունը մեր ցանցի մեջ է գտնվում: Եթե չի գտնվում կամ, եթե լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք, կապվե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ:

F3. Եթե Դուք Medicare-ի կողմից արտոնագրված ծերանոցի ծրագրում եք

Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ հոսպիսի և մեր ծրագրի կողմից:

- Եթե Դուք գրանցված եք Medicare-ի ծերանոցում, համաձայն որի ցավազրկող, հակասրտխառնուքի, լուծողական կամ հանգստնացնող դեղերը չեն փոխհատուցվում այդ ծերանոցի կողմից, քանի որ դրանք կապված չեն Ձեր վերջին փուլի հիվանդության և առնչվող իրավիճակների հետ, մեր ծրագիրը պետք է տեղեկացվի կամ դեղատոմսը դուրս գրողի կողմից կամ Ձեր ծերանոցի ծառայություն մատուցողի կողմից այն մասին, որ դեղը չի առնչվում դրա հետ՝ մինչև մեր ծրագիրը կփոխհատուցի դեղը:
- Չառնչվող դեղերը ստանալու հետ կապված ուշացումները կանխելու համար, որոնք պետք է փոխհատուցվեն մեր ծրագրի կողմից, խնդրե՛ք ծերանոցի ծառայություն մատուցողին կամ դեղատոմսը դուրս գրողին անպայման տեղեկացնել մեզ այն մասին, որ դեղը չի առնչվում Ձեր հիվանդության հետ՝ նախքան կխնդրեք դեղատանը դուրս գրել Ձեր դեղատոմսով դեղը:

Եթե դուրս եք գրվում ծերանոցից, մեր ծրագիրը պետք է փոխհատուցի Ձեր բոլոր դեղերը: Դեղատանը ուշացումներից խուսափելու համար, երբ ձեր Medicare-ի ծերանոցի նպաստը

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



վերջանա, Դուք պետք է փաստաթղթերով ներկայանաք դեղատոմս՝ փաստելու համար, որ Դուք դուրս եք եկել ծերանոցից: Անցե՛ք այս գլխի նախորդ մասերը, որտեղ պատմվում է Մաս D-ի շրջանակներում դեղեր ստանալու կանոնների մասին:

Ծերանոցի նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 4-ի Բաժին D:

G. Ծրագրեր դեղերի անվտանգության և նրանց կառավարման համար

G1. Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին անվտանգ կերպով օգտագործել դեղերը

Ամեն անգամ, երբ Դուք դեղատոմս եք լրացնում, մենք փնտրում ենք հնարավոր խնդիրներ, ինչպես օրինակ՝

- Դեղեր, որոնք հնարավոր է չպահանջվեն, քանի որ Դուք ընդունում եք ուրիշ դեղ, որը նույն ազդեցությունն ունի
- Դեղեր, որոնք կարող եք անվտանգ չլինել Ձեր տարիքի կամ սեռի համար
- Դեղեր, որոնք կարող են վնասել Ձեզ, եթե ընդունեք դրանք միաժամանակ
- Բաղադրիչներ, որոնցից Դուք ավերգիա ունեք կամ կարող եք ունենալ
- Ունեցեք անապահով քանակությամբ օփիոնային ցավի դեղեր

Եթե մենք տեսնենք Ձեր կողմից դեղատոմսով դեղերի օգտագործման հնարավոր խնդիր, մենք կհամագործակցենք Ձեր մատակարարի հետ խնդիրը շտկելու ուղղությամբ:

G2. Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին կառավարել իրենց դեղերը

Եթե Դուք ընդունում եք դեղեր տարբեր բժշկական պայմանների համար, Դուք հնարավոր է իրավունք ունենաք ստանալու Ձեզ համար անվճար ծառայություններ դեղային թերապիայի կառավարման ծրագրի միջոցով (MTM): Այս ծրագիրը օգնում է Ձեզ և Ձեր մատուցողին համոզվել, որ ձեր դեղերը իրոք բարելավում են Ձեր առողջական վիճակը: Դեղագետը կամ այլ բուժաշխատող մատչելի ձևով կմեկնաբանեն ձեզ ձեր դեղերի ընդհանուր անալիզը և կքննարկեն Ձեզ հետ հետևյալ թեմաները.

- Ինչպե՞ս առավելագույնս օգտվել Ձեր ընդունած դեղերից
- Ձեր ունեցած մտահոգությունները, օրինակ կապված դեղերի արժեքների և դեղերի ունեցած ռեակցիաների հետ
- Ինչպե՞ս ճիշտ ընդունել Ձեր դեղերը
- Ցանկացած հարց կամ խնդիր՝ Ձեր դեղատոմսով դուրս գրվող դեղի և առանց դեղատոմսի դեղի հետ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Դուք կստանաք այս քննարկման գրավոր ամփոփումը: Ամփոփումն ունի բուժման գործողությունների ծրագիր, որը խորհուրդ է տալիս, թե ինչ կարող եք անել՝ Ձեր դեղորայքից առավելագույն արդյունք ստանալու համար: Նաև կստանաք անձնական դեղերի ցանկը, որի մեջ ներառված կլինեն Ձեր ընդունած բոլոր դեղերը և, թե ինչու եք ընդունում դրանք: Բացի այդ, Դուք տեղեկատվություն կստանաք վերահսկվող նյութեր պարունակող դեղորայքային դեղամիջոցների անվտանգ հեռացման մասին:

Խորհուրդ ենք տալիս պլանավորել Ձեր բուժման գործողությունները՝ նախքան Ձեր տարեկան «Բարեկեցություն» այցելությունը կատարելը, որպեսզի կարողանաք խոսել Ձեր բժշկի հետ Ձեր գործողությունների ծրագրի և դեղերի ցանկի մասին: Այցելության ժամանակ կամ ցանկացած այլ պահի, երբ խոսում եք Ձեր բժիշկների, դեղագետների և այլ մատուցողների հետ՝ Ձեզ հետ ունեցեք Ձեր գործողությունների ծրագիրն ու դեղերի ցանկը: Նաև, դեղերի ցանկը վերցրեք Ձեզ հետ, եթե գնում եք հիվանդանոց կամ շտապ օգնության կետ:

Դեղորայքային թերապիայի կառավարման ծրագրերը ըստ ցանկության են և անվճար այն անդամների համար, ովքեր մտնում են այդ դասակարգման մեջ: Եթե Դուք ծրագիր ունեք, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին, մենք Ձեզ կընդգրկենք այդ ծրագրի մեջ և կուղարկենք տեղեկությունները: Եթե Դուք չեք ցանկանում անդամագրվել ծրագրին, խնդրում ենք մեզ տեղյակ պահել, և մենք Ձեզ դուրս կգրենք ծրագրից:

Եթե հարցեր ունեք այս ծրագրերի համար, կապվեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի կամ խնամքի համակարգողի հետ:

G3. Դեղամիջոցների կառավարման ծրագիրը կօգնի անդամներին անվտանգ օգտագործել իրենց ափիոնատիպ դեղորայքը

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը ունի ծրագիր, որը կարող է օգնել անդամներին անվտանգ օգտագործել իրենց դեղատոմսով նշանակված ափիոնատիպ դեղորայքը կամ հաճախ չարաշահած այլ դեղամիջոցները: Այս ծրագիրը կոչվում է Դեղի կառավարման ծրագիր (DMP):

Եթե Դուք օգտագործում եք օփիոիդային դեղեր, որոնք ստանում եք տարբեր բժիշկներից կամ դեղատներից, մենք կարող ենք խոսել Ձեր բժիշկների հետ, համոզվելու՝ որ Դուք դեղն ընդունում եք տեղին և այն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: Ձեր բժիշկների հետ աշխատելիս, եթե մենք որոշում ենք, որ Դուք վտանգում եք Ձեր առողջությունը օգտագործելով Ձեր ափիոնատիպ կամ բենզոդիազեպինային դեղերը, ապա կարող ենք սահմանափակել, թե ինչպես կարող եք ստանալ այդ դեղերը: Սահմանափակումները կարող են ներառել՝

- Պահանջում եք ստանալ բոլոր դեղերի դեղատոմսերը մի **դեղատնի** և/կամ **մեկ բժշկի կողմից**
- **Այդ դեղամիջոցների սահմանափակումը** մենք կփոխհատուցենք Ձեզ համար

Եթե մենք որոշում ենք, որ մեկ կամ ավելի սահմանափակումներ պետք է կիրառվեն ձեզ համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք նախօրոք: Նամակը կբացատրի այն սահմանափակումները, որոնք մենք կարծում ենք անհրաժեշտ է կիրառել:

Դուք հնարավորություն կունենաք մեզ պատմելու, թե որ բժիշկները կամ դեղատներն եք նախընտրում օգտագործել և ցանկացած տեղեկատվություն, որը կարծում եք, որ մեզ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



համար կարևոր է իմանալ: Եթե մենք որոշենք սահմանափակել այս դեղամիջոցների համար Ձեր փոխհատուցումը, երբ Դուք հնարավորություն ունեք պատասխանել, մենք Ձեզ կուղարկենք ևս մեկ նամակ, որը հաստատում է սահմանափակումները:

Եթե կարծում եք, որ սխալ ենք թույլ տվել, Դուք համաձայն չեք, որ Դուք ռիսկի եք ենթարկվում դեղատոմսով դեղերի չարաշահումներից կամ դուք համաձայն չեք սահմանափակման հետ, ապա դուք և Ձեր նշանակողը կարող եք բողոքարկել: Եթե բողոքարկեք, մենքը կվերանայենք Ձեր բողոքարկումը և կտանք որոշումը: Եթե մենք շարունակենք մերժել Ձեր բողոքարկման որևէ մասը՝ կապված այդ դեղամիջոցների մուտքի սահմանափակման հետ, մենք Ձեր գործը ինքնաբերաբար կուղարկենք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը (IRE): (Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել և IRE մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9:)

Հնարավոր է Ձեր նկատմամբ Դեղի կառավարման ծրագիրը չկիրառվի, եթե Դուք՝

- ունեն որոշակի բժշկական պայմաններ, ինչպիսիք են քաղցկեղը, կամ
- ստանում եք հոսպիսային խնամք, պալիատիվ, կամ կյանքի ավարտի խնամք, **կամ**
- եթե Դուք երկարատև բուժօգնության հաստատությունում եք:



Գլուխ 6. Որքա՞ն եք վճարելու Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար

Ներածություն

Այս գլուխում նկարագրված է, թե ինչպես կարող եք ստանալ Ձեր դեղատոմսով դուրս գրվող ամբողջատոր դեղերը մեր ծրագրի միջոցով: «Դեղեր» ասելով նկատի ունենք՝

- Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով նշանակվող դեղեր, և
- Medi-Cal-ի շրջանակներում տրվող դեղեր և նյութեր, և
- Որպես լրացուցիչ նպաստներ ծրագրի կողմից փոխհատուցվող դեղեր և նյութեր:

Քանի որ Դուք Medi-Cal-ում ընտրվելու իրավունք ունեք, Դուք ստանում եք «Հավելյալ օգնություն» Medicare-ի կողմից, որն օգնում է վճարել Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի համար:

Լրացուցիչ օգնությունը Medicare-ի ծրագիր է, որը օժանդակում է ցածր եկամուտներով մարդկանց՝ հոգալ Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի ծախսերը, ինչպիսիք են՝ պրեմիումները, նվազեցումները, համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը հաճախ անվանվում է նաև «ցածր եկամուտներով անձանց տրամադրվող սուբսիդիա» կամ «LIS»:

Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել.

- Մեր *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը*
 - Մենք այն անվանում ենք «Դեղերի ցանկ»: Այն ասում է Ձեզ՝
 - Ո՞ր դեղերի համար ենք մենք վճարում
 - Ծախսերի համօգտագործման չորս (4) աստիճաններից որում է գտնվում տվյալ դեղը
 - Արդյոք դեղերի նկատմամբ սահմանափակումներ են գործում
 - Եթե Ձեզ հարկավոր է Դեղերի ցանկի պատճենը, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն: Դեղերի ցանկը կարող եք նաև գտնել մեր վեբկայքում www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect: Վեբ կայքում գտնվող Դեղերի ցանկը միշտ ներկայացված է ամենավերջին տարբերակով:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Այս *Անդամի ձեռնարկի* 5-րդ գլուխը:
 - Գլուխ 5-ը պատմում է, թե ինչպես պետք է Ձեր ծրագրով ստանաք դեղատոմսով դեղեր:
 - Այնտեղ նշված են նաև օրենքները, որոնց պետք է հետևեք: Նաև նշված է, թե դեղատոմսով դուրս գրվող որ դեղերը չեն փոխհատուցվում մեր ծրագրի կողմից:
- Մեր *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակը*:
 - Մեծամասամբ, Ձեր փոխհատուցվող դեղերը ստանալու համար Դուք պետք է օգտվեք ցանցային դեղատնից: Ցանցային դեղատները այն դեղատներն են, որոնք համաձայնվել են աշխատել մեզ հետ:
 - *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակում* նշված է ցանցային դեղատների ցանկը: Ցանցային դեղատների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների մասին կարող եք կարդալ Գլուխ 5-ի Բաժին A-ում:



Բովանդակություն

A. Նպաստների բացատրություն (EOB).....	153
B. Ինչպե՞ս հետևել Ձեր դեղերի ծախսերին	154
C. Դեղերի համար կատարվող վճարների փուլերը Medicare-ի Մաս D-ով սահմանված դեղերի համար.....	155
D. Փուլ 1. Փոխհատուցման նախնական փուլ.....	155
D1. Դեղատան Ձեր ընտրությունները.....	156
D2. Ինչպե՞ս ստանալ դեղի երկարատև մատակարարումը	156
D3. Ինչի՞ համար եք Դուք վճարելու	156
D4. Փոխհատուցման նախնական փուլ.....	160
E. Փուլ 2. Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ	160
F. Ձեր դեղերի ծախսերը, եթե բժիշկը ամսական մատակարարվող չափաբաժնից պակաս է նշանակում.....	160
G. Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծախսերի համօգտագործման HIV/AIDS-ով հիվանդ մարդկանց համար	161
G1. Ի՞նչ է AIDS դեղամիջոցների օգնության ծրագիրը (ADAP):.....	161
G2. Ի՞նչ անել, եթե կասկածում եք խարդախության մեջ.....	161
G3. Ի՞նչ անել, եթե կասկածում եք խարդախության մեջ.....	161
H. Պատվաստումներ	162
H1. Ի՞նչ պետք է իմանաք նախքան պատվաստում ստանալը	162
H2. Որքա՞ն պետք է վճարեք Medicare-ի Մաս D-ով սահմանված պատվաստումների համար	162



A. Նպաստների բացատրություն (EOB)

Մեր ծրագիրը շարունակում է հետևել Ձեր դեղատոմսով դեղերին: Մենք վերահսկում ենք ծախսերի երկու տեսակ:

- **Ծախսեր, որոնք Դուք եք կատարում:** Սա գումարի այն չափն է, որը դուք կամ Ձեր փոխարեն որևէ մեկը վճարում է Ձեր դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար:
- **Ձեր դեղերի ընդհանուր ծախսերը:** Սա գումարի այն չափն է, որը Դուք կամ Ձեր փոխարեն որևէ մեկը վճարում է Ձեր դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար՝ մեր կողմից վճարվող գումարի հետ մեկտեղ:

Երբ Դուք մեր ծրագրի միջոցով դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր եք ստանում, մենք ամփոփագրում ենք ուղարկում Ձեզ, որը կոչվում է *Նպաստների բացատրություն*: Այն համառոտ կոչվում է EOB: EOB-ն ավելի շատ տեղեկություններ ունի Ձեր ընդունած դեղերի վերաբերյալ, ինչպիսիք են գնի բարձրացումը և այլ դեղամիջոցներ, որոնց հետ կապված կարող են լինել ավելի ցածր ծախսերի համագտակումներ: Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի հետ՝ ավելի ցածր գնով տարբերակների վերաբերյալ: EOB-ի մեջ մտնում են՝

- **Տեղեկություններ ամսվա կտրվածքով:** Ամփոփագրում նշված է, թե դեղատոմսով դուրս գրվող ինչ դեղեր եք ստացել: Մենք առաջարկում ենք այնպիսի դեղերի փոխհատուցում, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից:
- **«Տարվա կտրվածքով» տեղեկություններ:** Սա Ձեր դեղերի ընդհանուր արժեքն է և ընդհանուր վճարումները՝ սկսած հուլիսի 1-ից:
- **Դեղերի գնի մասին տեղեկություններ** Սա դեղամիջոցի ընդհանուր գինն է և դեղերի գնի տոկոսային փոփոխությունը առաջին լրացումից ի վեր:
- **Ցածր արժեքների այլընտրանքներ** Հասանելիության դեպքում դրանք հայտնվում են Ձեր ընթացիկ դեղերի ստորև բերված ամփոփագրում: Մանրամասների համար խոսեք Ձեր առաջնային բուժօգնություն մատակարարի հետ:

Մենք առաջարկում ենք այնպիսի դեղերի փոխհատուցում, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից:

- Այս դեղերի համար կատարած վճարումները չեն մտնում ձեր կողմից արված ընդհանուր ծախսերի մեջ:
- Մենք վճարում ենք նաև առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերի համար: *Դուք այս դեղերի համար ոչնչի համար չպետք է վճարեք:*
- Պարզելու, թե որ դեղամիջոցներն է մեր ծրագիրը ներառում, անցե՛ք Դեղերի ցանկ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



B. Ինչպե՞ս հետևել Ձեր դեղերի ծախսերին

Ձեր դեղերի ծախսերին ու նրանց համար կատարած վճարներին հետևելու համար մենք օգտագործում ենք ձեզանից և ձեր դեղատոմսից ստացված արձանագրությունները: Ահա թե ինչպես կարող եք օգնել մեզ:

1. Օգտվե՛ք ծրագրի Անդամի ID քարտից:

Ցույց տվեք ծրագրի Ձեր՝ Անդամի ID քարտը յուրաքանչյուր անգամ, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում: Սա կօգնի մեզ տեղյակ լինել, ինչ դեղատոմսով դեղ եք ստանում և որքան եք վճարում:

2. Համոզվեք, որ տրամադրել եք մեզ անհրաժեշտ տեղեկությունները:

Ներկայացրեք մեզ Ձեր վճարած դեղերի ստացականի պատճենը: Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք հետ վճարենք Ձեզ դեղի արժեքի մեր չափաբաժինը:

Ահա մի քանի օրինակ, երբ Դուք պետք է տրամադրեք մեզ Ձեր դեղատոմսերի պատճենները՝

- Երբ Դուք փոխհատուցվող դեղ եք գնում ցանցային դեղատոմսից հատուկ գնով կամ, եթե օգտվում եք զեղչի քարտից, որը չի կազմում մեր ծրագրի նպաստի մասը
- Երբ Դուք համավճար եք վճարում այն դեղերի համար, որոնք ստանում եք դեղերի արտադրողի՝ հիվանդի օժանդակության ծրագրի շրջանակներում
- Երբ գնում եք փոխհատուցվող դեղերը ոչ ցանցային դեղատոմսից
- Երբ Դուք վճարում եք ապահովագրված դեղի ամբողջ գումարը:

Իմանալու համար, թե ինչպես պետք է դիմեք մեզ՝ հետ վճարելու համար, անցե՛ք Գլուխ 7-ի, Բաժիններ A և B:

3. Ուղարկեք մեզ այն վճարումների մասին տեղեկությունները, որոնք ուրիշներն են կատարել Ձեր փոխարեն:

Ուրիշ մարդկանց կամ կազմակերպությունների կողմից կատարած վճարումները նույնպես համարվում են Ձեր կողմից կատարված ծախսեր: Օրինակ՝ AIDS-ի դեղերի օժանդակության ծրագրի, Հնդկական առողջապահության ծառայությունների և մազմաթիվ բարեգործական կազմակերպությունների շրջանակներում կատարված վճարումները համարվում են Ձեր կողմից կատարված ծախսեր: Սա կարող է օգնել Ձեզ մտնելու կրիտիկական փոխհատուցման մեջ: Երբ Դուք հասնում եք Փոխհատուցման կրիտիկական փուլին, ապա Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը տարվա մնացած մասի համար վճարում է Ձեր Մաս D-ով սահմանված դեղերի բոլոր ծախսերը:

4. Ստուգե՛ք EOB հաշվետվությունները, որոնք մենք ուղարկում ենք Ձեզ:

Երբ Դուք փոստով ստանում եք Նպաստների բացատրությունը, ստուգեք, որպեսզի այն ամբողջական ու ճիշտ լինի: Եթե կարծում եք, որ հաշվետվության մեջ ինչ-որ բան սխալ է կամ բաց է թողնված կամ եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն: Անպայման պահպանեք այդ EOB հաշվետվությունները: Դրանք հանդիսանում են Ձեր դեղերի ծախսերի կարևոր գրառումը:

C. Դեղերի համար կատարվող վճարների փուլերը Medicare-ի Մաս D-ով սահմանված դեղերի համար

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի շրջանակներում գոյություն ունի դեղերի համար կատարվող վճարների երկու փուլ Medicare-ի Մաս D-ով սահմանված դեղերի փոխհատուցումների համար: Ձեր կողմից վճարվող գումարը կախված է այն բանից, թե Դուք որ փուլում եք գտնվում՝ դեղատոմսով դեղ ստանալիս կամ վերաստանալիս: Ահա և երկու փուլերը՝

Փուլ 1. Փոխհատուցման նախնական փուլ	Փուլ 2. Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ
Այս փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի արժեքի մի մասը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր չափաբաժինը: Ձեր չափաբաժինը կոչվում է համավճար: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ ստանում եք տարվա առաջին դուրս թողումը դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար:	Այս փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2022թ.-ի դեկտեմբերի 31: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ Դուք արդեն վճարել եք Ձեր կողմից արված ծախսերի որոշակի մասը:

D. Փուլ 1. Փոխհատուցման նախնական փուլ

Փոխհատուցման նախնական փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք Ձեզ փոխհատուցվող դեղերի արժեքի մի մասը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր չափաբաժինը: Ձեր չափաբաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է, թե արժեքի բաժանման որ հարկում է գտնվում Ձեր դեղը և որտեղից կարող եք այն ձեռք բերել:

Աստիճանական կարգերը նույն համավճարով դեղերի խմբեր են: Մեր Դեղամիջոցների ցանկի ամեն մի դեղ ծախսերի համագումարային չորս (4) աստիճանից մեկում է: Սովորաբար, որքան բարձր է ծախսերի համագումարային աստիճանը, այնքան բարձր է դեղի գինը: Ձեր դեղերի համար ծախսերի համագումարային թիրախները գտնելու համար Դուք կարող եք ծանոթանալ Դեղերի ցանկին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Ծախսերի համագումարածման 1 աստիճանը (մեր ամենացածր աստիճանը) ներառում է ջեներիկ դեղորայքը: Համավճարը \$0 է:
- Ծախսերի կիսման 2 աստիճանը (մեր ամենացածր աստիճանը) ներառում է ջեներիկ դեղորայքը: Համավճարը կազմում է \$0 մինչև \$3.95:
- Ծախսերի կիսման 3 աստիճանը (մեր ամենաբարձր աստիճանը) ներառում է Բրենդային դեղորայքը: Համավճարը կազմում է \$0 մինչև \$9.85:
- Ծախսերի համագումարածման 4 աստիճանը ներառում է ոչ-Medicare-ի դեղերը և առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերը: Համավճարը \$0 է:

Որպեսզի պարզեք, թե Ձեր դեղը որ ծախսերի համագումարածման աստիճանում է, փնտրեք այդ դեղը մեր Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Դեղերի ցանկում:

D1. Դեղատան Ձեր ընտրությունները

Թե որքան եք վճարում դեղի համար կախված է նրանից, թե որտեղից եք ստանում դեղը.

- Ցանցային դեղատուն **կամ**
- Ոչ ցանցային դեղատնից:

Սահմանափակ դեպքերում մենք փոխհատուցում ենք ոչ-ցանցային դեղատններից դեղատոմսով ստացվող դեղերը: Անցե՛ք Գլուխ 5-ի Բաժին A՝ պարզելու, թե երբ ենք մենք դա անելու:

Դեղատների ընտրության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք այս ձեռնարկի Գլուխ 5-ի Բաժին A-ի և մեր *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակ*:

D2. Ինչպե՞ս ստանալ դեղի երկարատև մատակարարումը

Որոշ դեղերի դեպքում Դուք կարող եք ստանալ երկարատև մատակարարում (որը նաև կոչվում է «երկարացված մատակարարում»)՝ դեղատոմսով դեղերը ստանալիս: Երկարատև մատակարարումը 100-օրյա մատակարարումն է Աստիճան 1-ի համար և 90-օրյա՝ Աստիճան 2-3 համար: Դրանց համար Դուք ծախսում եք այնքան, որքան մեկամսյա մատակարարման ընթացքում:

Որտեղի՞ց և ինչպե՞ս ստանալ երկարատև մատակարարման դեղերը՝ անցե՛ք Գլուխ 5-ի Բաժին A կամ *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակի հետ*:

D3. Ինչի՞ համար եք Դուք վճարելու

Փոխհատուցման նախնական փուլի ընթացքում Դուք ամեն անգամ դեղերը ստանալիս կարող եք համավճար վճարել: Եթե Ձեր դեղն արժեցել է Ձեր համավճարից քիչ, Դուք կվճարեք նվազված արժեքով:

Դուք կարող եք կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ, եթե ուզում եք պարզել թե որքան է Ձեր համավճարը ցանկացած դեղի համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Արժեքի Ձեր համավճարը, երբ ստանում եք փոխհատուցվող դեղի մեկամսյա մատակարարում հետևյալ կետերից.

	Ցանցային դեղատուն	Ծրագրի փոստային ծառայություն	Ցանցային երկարատև բուժման դեղատուն	Ոչ ցանցային դեղատուն
	Մեկամսյա կամ մինչև 30-օրյա մատակարարում	Մեկամսյա կամ մինչև 30-օրյա մատակարարում	Մինչև 31-օրյա մատակարարում	Մինչև 10-օրյա մատակարարում: Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով. Լրացուցիչ տեղեկություններ ի համար անցե՛ք՝ Գլուխ 5-ի Բաժին A :
Ծախսերի կիսում Աստիճան 1 (Նախընտրած ջեներիկ դեղեր)	\$0 համավճար	Փոստային ծառայությունը հասանելի չէ	\$0 համավճար	\$0 համավճար
Ծախսերի կիսում Աստիճան 2 (Զեներիկ դեղեր)	\$0, \$1.35 կամ \$3.95 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:	Փոստային ծառայությունը հասանելի չէ	\$0, \$1.35 կամ \$3.95 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:	\$0, \$1.35 կամ \$3.95 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



	Ցանցային դեղատուն	Ծրագրի փոստային ծառայություն	Ցանցային երկարատև բուժման դեղատուն	Ոչ ցանցային դեղատուն
	Մեկամսյա կամ մինչև 30-օրյա մատակարարում	Մեկամսյա կամ մինչև 30-օրյա մատակարարում	Մինչև 31-օրյա մատակարարում	Մինչև 10-օրյա մատակարարում: Փոխհատուցումը սահմանափակված է որոշակի դեպքերով. Լրացուցիչ տեղեկություններ ի համար անցե՛ք՝ Գլուխ 5-ի Բաժին A :
Ծախսերի կիսում Աստիճան 3 (Պատենտավորված դեղեր)	\$0, \$4.00 կամ \$9.85 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:	Փոստային ծառայությունը հասանելի չէ	\$0, \$4.00 կամ \$9.85 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:	\$0, \$4.00 կամ \$9.85 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:
Ծախսերի կիսում Աստիճան 4 (Ոչ- Medicare Առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC))	\$0 համավճար	Փոստային ծառայությունը հասանելի չէ Աստիճան 4-ում գտնվող դեղերի համար:	\$0 համավճար	\$0 համավճար



Արժեքի Ձեր համավճարը, երբ ստանում եք երկարատև մատակարարում փոխհատուցված դեղատոմսով դեղի համար՝

	Ցանցային դեղատուն	Ծրագրի փոստային ծառայություն
Ծախսերի կիսում Աստիճան 1 Նախընտրելի ջեների դեղեր Մինչև 100-օրյա մատակարարում	\$0 համավճար	\$0 համավճար
Ծախսերի կիսում Աստիճան 2՝ Ջեներիկ դեղեր Մինչև 90-օրյա մատակարարում	\$0, \$1.35, կամ \$3.95 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:	\$0, \$1.35, կամ \$3.95 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:
Ծախսերի կիսում Աստիճան 3՝ (Բրենդային դեղեր) Մինչև 90-օրյա մատակարարում	\$0, \$4.00, կամ \$9.85 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:	\$0, \$4.00, կամ \$9.85 համավճար Համավճարները տարբեր են՝ կախված Ձեր ստացված Լրացուցիչ օգնությունից:
Ծախսերի կիսում Աստիճան 4՝ Ոչ-Medicare Rx / առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր Մինչև 90-օրյա մատակարարում	Երկարատև մատակարարումը մատչելի չէ Աստիճան 4-ում գտնվող դեղերի համար:	Փոստային ծառայությունը հասանելի չէ Աստիճան 4-ում գտնվող դեղերի համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե որ դեղատները կարող են տրամադրել Ձեզ երկարատև մատակարարման դեղեր, անցե՛ք մեր *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակի* հետ:

D4. Փոխհատուցման նախնական փուլ

Փոխհատուցման նախնական փուլը ավարտվում է, երբ ձեր կատարած ընդհանուր ծախսերի չափը հասնում է \$7,050: Այստեղից սկսվում է Փոխհատուցման կրիտիկական փուլը: Այդ պահից մենք փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև տարվա վերջ:

Ձեր EOB Նպաստների բացատրության հաշվետվությունները կօգնեն Ձեզ հետևել տարվա ընթացքում դեղերի համար Ձեր կատարած վճարումներին: Մենք Ձեզ տեղյակ կպահենք, երբ հասնեք \$7,050 սահմանաչափին: Շատ մարդիկ չեն հասնում այդ սահմանաչափին տարվա ընթացքում:

E. Փուլ 2. Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ

Երբ Դուք հասնեք Ձեր դեղերի համար կատարած ծախսերի \$7,050 սահմանաչափին, կսկսվի Փոխհատուցման կրիտիկական փուլը: Դուք Աղետային ապահովագրության փուլում կմնաք մինչև օրացույցային տարվա վերջ: Այս փուլի ընթացքում ծրագիրը կվճարի Ձեր Medicare-ի դեղերի բոլոր ծախսերը:

F. Ձեր դեղերի ծախսերը, եթե բժիշկը ամսական մատակարարվող չափաբաժնից պակաս է նշանակում

Որպես կանոն, Դուք վճարում եք համավճար՝ փոխհատուցվող դեղի ամբողջ ամսվա մատակարարման համար վճարելու համար: Ինչևիցե, Ձեր բժիշկը կարող է ավելի քիչ նշանակել, քան դեղերի ամսական մատակարարումն է:

- Կարող են լինել դեպքեր, որ խնդրեք բժշկին նշանակել Ձեզ դեղի ամսական մատակարարման չափից ավելի քիչ (օրինակ, երբ առաջին անգամ եք փորձում դեղը և չգիտեք ինչ կողմնակի արդյունքներ կունենա):
- Եթե բժիշկը համաձայնվում է, Դուք չեք վճարի ինչ-որ դեղի ամբողջ ամսվա մատակարարման համար:

Երբ Դուք ամսական մատակարարման չափից պակաս եք ստանում, Ձեր համավճարը հիմնված կլինի դեղի Ձեր ստացած օրերի քանակի վրա: Մենք կհաշվարկենք Ձեր կողմից դեղի համար օրական վճարվող գումարի չափը («օրական ծախսի կիսման սակագինը») և կբազմապատկենք այն դեղը ստանալու օրերի քանակով:

- Օրինակ. Օրինակ. պատկերացնենք ամբողջ ամսվա մատակարարման ձեր դեղի համավճարը կազմում է (30-օրյա մատակարարում) \$1.35: Սա նշանակում է, որ դեղի համար Ձեր օրական վճարած գումարը կազմում է \$0.05: Եթե ստանաք

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



7-օրյա մատակարարում, Ձեր վճարը կկազմի \$0.05 օրական՝ բազմապատկած 7 օրով, ընդհանուր վճարը կկազմի \$0.35:

- Օրական ծախսերի համագումարը թույլ է տալիս Ձեզ համոզվել դեղի արդյունավետության մեջ՝ մինչ կվճարեք ամբողջ ամսվա մատակարարման համար:
- Կարող եք նաև Ձեր մատուցողին խնդրել դուրս գրել մեկամսյա պաշարից քիչ պաշար, եթե դա կօգնի ավելի լավ պլանավորել դեղերի օգտագործումը, եթե այն կօգնի Ձեզ՝
 - ավելի լավ պլանավորել, երբ լրացնեք Ձեր դեղերը,
 - համակարգել լիցքավորումը Ձեր ստացված այլ դեղերի հետ և
 - ավելի քիչ այցելեք դեղատուն:

G. Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծախսերի համագումարի մասին HIV/AIDS-ով հիվանդ մարդկանց համար

G1. Ի՞նչ է AIDS դեղամիջոցների օգնության ծրագիրը (ADAP):

AIDS դեղամիջոցների օգնության ծրագիրը (ADAP) օգնում է համոզվել, որ իրավասու մարդիկ, ովքեր ունեն HIV/AIDS, կարող են օգտվել կյանքը երկարացնող HIV դեղամիջոցներից: Ամբողջատուր Medicare-ի Մաս D-ի դեղերը, որոնք նույնպես փոխհատուցվում են ADAP-ի կողմից, մտնում են ծախսերի կիսման օգնության մեջ՝ Հանրային առողջության Կալիֆորնիայի բաժանմունքի, ADAP-ում գրանցված մարդկանց AIDS-ի գրասենյակի միջոցով:

G2. Ի՞նչ անել, եթե կասկածում եք խարդախության մեջ

Իրավասության չափանիշների, փոխհատուցվող դեղերի կամ ծրագրի մեջ գրանցվելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք՝ 1-844-421-7050 համարով կամ այցելեք ADAP-ի կայքը՝ www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx:

G3. Ի՞նչ անել, եթե կասկածում եք խարդախության մեջ

ADAP-ը կարող է շարունակել տրամադրել ADAP-ի հաճախորդներին Medicare-ի Մաս D-ի դեղերի ծախսերի կիսման օգնությունը այն դեղերի համար, որոնք առկա են ADAP-ի դեղերի տեղեկատվության մեջ: Համոզվելու համար, որ Դուք կշարունակեք ստանալ այս օգնությունը, տեղեկացրեք Ձեր տեղական ADAP-ում գրանցման աշխատակցին՝ Ձեր Medicare-ի Մաս D-ի ծրագրի անվանման կամ սոցալ համարի հետ կատարված փոփոխությունների մասին: Եթե ուզում եք գտնել ADAP-ի մոտակա գրասենյակը և/կամ աշխատակցին, զանգահարեք՝ 1-844-421-7050 համարով կամ անցե՛ք վերը նշված վեբկայքը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ի. Պատվաստումներ

Մենք փոխհատուցում ենք Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստանյութերը: Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստումները փոխհատուցելու երկու մաս կա.

1. Փոխհատուցման առաջին մասը **հենց վակցինայի** արժեքն է: Վակցինան դեղատոմսով դուրս գրվող դեղ է:
2. Փոխհատուցման երկրորդ մասը **վակցինայի ներարկումն է**: Օրինակ՝ երբեմն կարող եք պատվաստանյութը ստանալ որպես ձեր բժշկի կողմից տրված դեղ:

Ի1. Ի՞նչ պետք է իմանաք նախքան պատվաստում ստանալը

Մենք խորհուրդ ենք տալիս, որ Դուք սկզբում զանգահարեք մեզ՝ Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, երբ որ պլանավորելիս լինեք պատվաստում ստանալ:

- Մենք կտեղեկացնենք Ձեզ, թե ինչպես է փոխհատուցվում ձեր պատվաստումը մեր ծրագրի կողմից և կբացատրենք ծախսերի Ձեր չափաբաժնի հետ կապված հարցերը:
- Մենք կարող ենք Ձեզ ասել, թե ինչպես կրճատեք Ձեր ծախսերը՝ ցանցային դեղատների և պրովայդերների միջոցով: Ցանցային դեղատները այն դեղատներն են, որոնք համաձայնվել են աշխատել մեզ հետ: Ցանցային ծառայություններ մատուցողը այն ծառայություն մատուցողն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Ցանցի մատակարարը պետք է աշխատի Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի հետ՝ համոզվելու, որ Մաս D-ի պատվաստանյութի համար որևէ նախնական ծախսեր չկան:

Ի2. Որքա՞ն պետք է վճարեք Medicare-ի Մաս D-ով սահմանված պատվաստումների համար

Պատվաստման համար ձեր կողմից վճարվող գումարը կախված է վակցինայի տեսակից (թե ինչի դեմ եք պատվաստվում):

- Որոշ վակցինաներ համարվում են ավելի շատ առողջարար միջոցներ, քան թե դեղեր: Այս վակցինաները փոխհատուցվում են անվճար: Այս պատվաստանյութերի փոխհատուցման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք Նպաստների աղյուսակ՝ Գլուխ 4-ի Բաժին D-ում:
- Մնացած վակցինաները համարվում են Medicare-ի Մաս D-ով սահմանված դեղեր: Այս վակցինաները կարող եք գտնել ծրագրի Դեղերի ցանկում: Դուք կարող եք վճարել Medicare Մաս D-ի պատվաստանյութերի համար համավճար վճարել:

Ահա երեք ընդհանուր միջոցներ, թե ինչպես կարող եք ստանալ Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստումը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



1. Medicare-ի Մաս D-ի վակցինան կարող էք ստանալ ցանցային դեղատանը և ստանալ ձեր ներարկումը:

- Վակցինայի համար Դուք կվճարեք համավճար :

2. Medicare-ի Մաս D-ի պատվաստումը կարող էք ստանալ բժշկի գրասենյակում և բժիշկն էլ հենց կներարկի:

- Վակցինայի համար Դուք բժշկին կվճարեք համավճար :
- Մեր ծրագիրը կվճարի Ձեր ներարկման համար:
- Այս դեպքում բժշկի գրասենյակից պետք է զանգահարեն մեր ծրագիր, որպեսզի համոզվենք, որ նրանք գիտեն, որ Դուք պետք է վակցինայի համար վճարեք միայն համավճարը:

3. Medicare-ի Մաս D-ի հենց վակցինան կարող էք ստանալ դեղատանը և տանել բժշկի գրասենյակ՝ ներարկումը ստանալու համար:

- Վակցինայի համար Դուք կվճարեք համավճար :
- Մեր ծրագիրը կվճարի Ձեր ներարկման համար:



Գլուխ 7. Ինչպե՞ս դիմել Ձեր ստացած փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի վճարումը կատարելու կամ այն կիսելու համար:

Ներածություն

Այս գլուխը պատմում է, թե ինչպես և երբ ուղարկեք մեզ օրինագիծ՝ վճարման խնդրանքով: Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, Դուք կարող եք բողոքարկել: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ե՞րբ կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք վճարենք ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար	165
B. Ուղարկեք վճարման դիմում.....	168
C. Փոխհատուցման որոշումներ.....	169
D. Բողոքարկումներ.....	169

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



A. Ե՞րբ կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք վճարենք ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար

Դուք չպետք է որևէ հաշիվ ստանաք ցանցային ծառայությունների կամ դեղերի համար: Մեր ցանցի մատակարարները պետք է հաշիվ գանձեն Ձեր ապահովագրված ծառայությունների և դեղերի համար, որոնք արդեն ստացել եք: Ցանցային ծառայություններ մատուցողը այն ծառայություն մատուցողն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ:

Եթե Դուք ստանում եք բուժօգնության կամ դեղերի հաշիվը լրիվ արժեքի համար, **հաշիվն ուղարկեք մեզ:** Մեզ հաշիվ ներկայացնելու համար, անցե՛ք էջ՝ 165:

- Եթե ծառայությունները կամ դեղերը չեն փոխհատուցվում, մենք պրովայդերին ուղղակիորեն կվճարենք:
- Դուք իրավունք ունեք ետ ստանալ գումարի այն չափը, եթե վճարել եք ծախսերի Ձեր *չափաբաժինը* ավել՝ ծառայությունների կամ դեղերի համար:
- Եթե ծառայությունները կամ դեղերը **չեն** փոխհատուցվում, մենք կտեղեկացնենք Ձեզ:
- Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ Ձեր խնամքի համակարգողին: Եթե Դուք չգիտեք, թե ինչ պետք է վճարեիք, կամ եթե ստանում եք մի օրինագիծ, և Դուք չգիտեք ինչ անել դրա հետ, ապա մենք կարող ենք օգնել: Կարող եք նաև զանգահարել, եթե ցանկանում եք մեզ տեղեկացնել մեզ ուղարկված վճարման խնդրանքի մասին:

Ահա օրինակներ են դեպքերի համար, երբ Դուք կարող եք խնդրել մեզ հետ վճարել Ձեզ գումարը կամ վճարել հաշիվը:

1. Ծրագրի մեջ մտնում է արտակարգ իրավիճակներում կատարված կամ անհապաղ բուժօգնությունը, որը ստացել եք ոչ ցանցային մատուցողից:

Դուք պետք է խնդրեք պրովայդերին գումարը մեզնից գանձել:

- Եթե բուժօգնությունը ստանալուց հետո Դուք վճարում եք լրիվ հաշիվը, խնդրեք մեզ ետ վճարել Ձեզ ծախսի մեր չափաբաժինը: Ուղարկեք մեզ ներկայացրած հաշիվը և Ձեր կատարած վճարի որևէ ապացույց:
- Դուք կարող եք պրովայդերից հաշիվ ստանալ, որտեղ Ձեզնից գումար վճարել է պահանջվում, որը Դուք պարտավոր չեք անել: Ուղարկեք մեզ ներկայացրած հաշիվը և Ձեր կատարած վճարի որևէ ապացույց:
 - Եթե ծառայությունները կամ դեղերը չեն փոխհատուցվում, մենք պրովայդերին ուղղակիորեն կվճարենք:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Եթե Դուք արդեն վճարել եք ծախսերի Ձեր չափաբաժնից ավելծառայության համար, մենք կհաշվենք, թե որքան ենք ձեզ պարտք և ետ կվճարենք Ձեզ ծախսերի մեր չափաբաժինը:

2. Երբ ցանցի մատակարարը Ձեզ հաշիվ է ուղարկում

Ցանցային պրովայդերները միշտ պետք է հաշիվներկայացնեն մեզ: Ցույց տվեք Ձեր Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի ID քարտը, երբ Դուք ստանում եք որևէ ծառայություններ կամ դեղատոմսեր: Մնացորդային հաշվի ներկայացում տեղի է ունենում, երբ մատուցողը (բժիշկը կամ հիվանդանոցը) ծրագրի ծախսերի համագտագործման գումարը գերազանցող հաշիվ է ներկայացնում անձին: **Հաշիվ ստանալու դեպքում զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:**

- Որպես Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամ, Դուք միայն վճարելու եք ծրագրի ծախսերի համագտագործման գումարները՝ մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները ստանալիս: Մենք թույլ չենք տալիս մատուցողներին ներկայացնել Ձեզ այս գումարից բարձր հաշիվ: Սա ճիշտ է, նույնիսկ այն դեպքում, եթե մենք մատուցողին ավելի քիչ ենք վճարում, քան ծառայության արժեքն է: Եթե մենք չենք վճարում որոշակի գանձումների համար, Դուք նույնպես պետք է չվճարեք:
- Երբ Դուք ցանցային մատուցողից ստանում եք հաշիվ, որը ըստ Ձեզ ավելի է, քան պետք է վճարեք, ուղարկեք մեզ հաշիվը: Մենք կկապվենք մատակարարին ուղղակիորեն և հոգ կտանենք այդ խնդրի մասին:
- Եթե Դուք արդեն վճարել եք ցանցային մատուցողից ստացած հաշիվը, բայց կարծում եք, որ ավել եք վճարել, ուղարկեք մեզ հաշիվը և Ձեր կատարած բոլոր վճարումների փաստաթղթերը: Մենք Ձեզ ետ կվճարենք Ձեր վճարած գումարի և ծրագրի շրջանակներում վճարվելիք գումարի տարբերությունը:

3. Երբ օգտվում եք ոչ ցանցային դեղատնից դեղատոմսով դեղերը ստանալու համար

Ոչ ցանցային դեղատնից օգտվելիս երբ ստանաք դեղատոմսով դեղը Դուք համավճարի փոխարեն վճարելու եք լրիվ արժեքը:

- Միայն եզակի դեպքերում մենք կփոխհատուցենք ոչ-ցանցային դեղատնից դեղատոմսով ստացվող դեղերը: Ուղարկեք մեզ ձեր ստացականի պատճենը, երբ խնդրում եք մեզ ետ վճարել գումարը:
- Այս ամենի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 5-ի Բաժին A:

**4. Երբ Դուք վճարում եք դեղատոմսով դեղի լրիվ արժեքը, քանի որ չեք վերցրել
Ձեզ հետ Ձեր Անդամի ID քարտը**

Եթե Ձեր Անդամի ID քարտը Ձեզ հետ չէ դեղը վերցնելու պահին, խնդրեք դեղատանը
զանգահարել մեզ՝ անհրաժեշտ տեղեկությունները ստանալու համար:

- Եթե դեղատունը չի կարող անմիջապես ստանալ իրենց անհրաժեշտ
տեղեկությունը, Դուք հնարավոր է ստիպված լինեք ինքներդ վճարել դեղատոմսով
դեղի ամբողջ արժեքը:
- Ուղարկեք մեզ Ձեր ստացականի պատճենը, երբ խնդրում եք մեզ ետ վճարել
գումարը:

5. Երբ վճարում եք դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը, որը չի փոխհատուցվում

Դուք կարող եք վճարել դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը, քանի որ դեղը չի
փոխհատուցվում:

- Դեղը կարող է չլինել մեր *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում* (Դեղերի ցանկ) կամ
այն կարող է որոշակի պահանջ կամ սահմանափակում ունենալ, որի մասին Դուք
չգիտեիք կամ կարծում էիք Ձեզ չի վերաբերվում: Եթե Դուք որոշեք ստանալ դեղը,
Դուք հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել դրա ամբողջ արժեքը:
 - Եթե չեք վճարում դեղի համար, բայց կարծում եք, որ այն պետք է
փոխհատուցվի, ապա կարող եք դիմել փոխհատուցման որոշման համար
(անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժին F):
 - Եթե Դուք, Ձեր բժիշկը կամ այլ դուրս գրող, կարծում եք, որ Ձեզ անհապաղ է
պետք դեղը, կարող եք դիմել փոխհատուցման արագ որոշման համար (անցե՛ք
Գլուխ 9-ի Բաժին F):
- Ուղարկեք մեզ Ձեր ստացականի պատճենը, երբ մեզ խնդրում եք Ձեզ ետ վճարել
գումարը: Որոշ դեպքերում մեզ կարող են անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ
տեղեկություններ Ձեր բժշկից կամ այլ դուրս գրողից, որպեսզի կարողանանք ետ
վճարել Ձեզ դեղի արժեքի մեր չափաբաժինը:

Երբ Դուք ուղարկեք մեզ վճարման հայտը, մենք կուսումնասիրենք այն և կորոշենք, արդյոք
ծառայությունը կամ դեղը պետք է հատուցվեն: Դա կոչվում է «փոխհատուցման որոշում»
կայացնել: Եթե որոշենք փոխհատուցել այն, մենք կվճարենք արժեքի մեր չափաբաժինը՝
ծառայության կամ դեղի համար: Եթե մենք մերժում ենք բժշկական ծառայությունների կամ
բուժման համար ներկայացված Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

- (Բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9 Բաժին F:)

B. Ուղարկեք վճարման դիմում

Ուղարկեք մեզ Ձեր հաշիվը և Ձեր կատարած ցանկացած վճարման ապացույց: Վճարման ապացույցը կարող է լինել Ձեր կողմից գրված ստուգման պատճենը կամ մատակարարի տրամադրած ստացականը: **Կարող եք նաև պահել Ձեր հաշվի և ստացականների պատճենը Ձեր արձանագրությունների համար:** Կարող եք դիմել Ձեր խնամքի համակարգողին օգնության համար:

Որպեսզի համոզվեք, որ մեզ տալիս եք այն բոլոր տեղեկությունները, որոնք մեզ անհրաժեշտ են որոշում կայացնելու համար, կարող եք լրացնել մեր հայցադիմումի ձևը՝ վճարման խնդրանքը կատարելու համար:

- Պետք չէ օգտագործել ձևը, բայց դա կօգնի մեզ ավելի արագ մշակել տեղեկատվությունը:
- Դուք կարող եք ձևի պատճենը ստանալ, եթե այցելեք մեր կայքէջը՝ (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect), կամ կարող եք զանգահարել Զաճախորդների խնամքի կենտրոն և խնդրել ձևը:

Ուղարկեք Ձեր վճարման դիմումը՝ այս հասցեով մեզ տրված ցանկացած հաշվի կամ մուտքերի հետ միասին՝

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

Դեղատոմսով դեղերի պահանջում՝
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Հարցումը պետք է ներկայացնեք 365 օրվա ընթացքում՝ ծառայությունը, նյութը կամ դեղը ստանալուց հետո:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



C. Փոխհատուցման որոշումներ

Երբ մենք ստանում ենք Ձեր վճարման հարցումը, մենք կայացնում ենք փոխհատուցման որոշում: Սա նշանակում է, որ մենք որոշում ենք, թե արդյոք Ձեր առողջապահական կամ դեղերը փոխհատուցված են մեր ծրագրով: Մենք նաև որոշելու ենք գումարի չափը, եթե այդպիսիք կան, ապա Դուք պետք է վճարեք առողջապահական ծառայության կամ դեղորայքի համար:

- Մենք տեղյակ կպահենք Ձեզ, եթե մեզ հարկավոր լինի ստանալ Ձեզնից լրացուցիչ տեղեկություն:
- Եթե որոշենք, որ բուժօգնությունը կամ դեղը փոխհատուցվում է և Դուք հետևել եք այն ստանալու բոլոր օրենքներին, մենք կվճարենք Նրա արժեքի մեր չափաբաժինը: Եթե Դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղի համար, ապա մենք Ձեզ կուղարկենք արժեքի մեր չափաբաժնի չելը կամ ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Եթե Դուք դեռևս չեք վճարել ծառայության կամ դեղի համար, մենք կվճարենք անմիջապես մատակարարին:
- Գլուխ 3-ի Բաժին B-ում նկարագրված են ծառայությունների փոխհատուցման օրենքները: Գլուխ 5-ի Բաժին A-ից մինչև Բաժին F նկարագրված է Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի փոխհատուցումը ստանալու օրենքները:
- Եթե որոշենք չվճարել արժեքի մեր չափաբաժինը ծառայության կամ դեղի համար, մենք նամակով կտեղեկացնենք պատճառների մասին: Նամակում նաև կբացատրվի բողոքարկման ձեր իրավունքը:
- Բուժօգնության ծառայությունների վերաբերյալ որոշման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժին D:

D. Բողոքարկումներ

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալմամբ ենք մերժել վճարման մասին Ձեր պահանջը, ապա կարող եք խնդրել մեզ փոխել մեր որոշումը: Սա կոչվում է բողոքարկում: Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, Դուք կարող եք բողոքարկել:

- Դիմումի գործընթացը ֆորմալ գործընթաց է մանրամասն ընթացակարգերով և կարևոր ժամկետներով: Բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժիններ D և E:
- Եթե ուզում եք բողոքարկել դեղի համար գումարը ետ վճարելու համար, անցե՛ք էջ՝ 201:
- Եթե ուզում եք բողոքարկել դեղի համար գումարը ետ վճարելու համար, անցե՛ք էջ՝ 190:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Գլուխ 8. Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները, որպես մեր ծրագրի անդամ: Մենք պետք է հարգենք Ձեր իրավունքները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Դուք իրավունք ունեք ստանալու Ձեր պահանջներին համապատասխան տեղեկատվություն	172
B. Մենք պետք է ապահովենք, որպեսզի Ձեզ ժամանակին տրամադրվեն փոխհատուցվող ծառայությունները և դեղերը	179
C. Մենք պարտավոր ենք պաշտպանել Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկությունները (PHI).....	180
C1. Ինչպե՞ս ենք մենք պաշտպանում ենք Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկությունները	180
C2. Դուք իրավունք ունեք ծանոթանալու Ձեր բժշկական արձանագրություններին	181
C3. Կարող եք խնդրել, որ մենք Ձեզ հետ կապ հաստատենք որոշակի ձևով (օրինակ՝ տնային կամ գրասենյակային հեռախոսով) կամ փոստ ուղարկել այլ հասցեի:.....	182
C4. Դուք իրավունք ունեք խնդրել մեզ սահմանափակել այն, ինչ մենք օգտագործում և կիսում ենք	182
C5. Դուք իրավունք ունեք խնդրել ընտրել ինչ-որ մեկին գործել Ձեզ համար	182
D. Մենք պետք է տեղեկություններ տրամադրենք Ձեզ մեր ծրագրի, մեր ցանցային ծառայություն մատուցողների և Ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ.....	182
E. Ցանցային ծառայություն մատուցողները չեն կարող անմիջապես ձեզ ուղարկել հաշիվը.....	184
F. Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի դուրս գալ Cal MediConnect Plan-ից	184
G. Դուք իրավունք ունեք Ձեր բուժօգնության հետ կապված որոշումներ կայացնելու	184
G1. Դուք իրավունք ունեք իմանալ Ձեր բուժման տարբերակները և որոշումներ կայացնել.....	184

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



G2. Դուք իրավունք ունեք զգուշացնել, թե ինչ կցանկանայիք տեղի ունենար, եթե հանկարծ այնպես ստացվեր, որ ինքներդ չկարողանաք որոշում կայացնել Ձեր բուժօգնության հետ կապված	185
G3. Ի՞նչ անել, եթե Ձեր ցուցումներին չեք հետևում	186
H. Դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու և դիմելու մեզ՝ վերանայելու մեր կայացրած որոշումները	186
H1. Ի՞նչ անել, եթե կարծում եք, որ Ձեզ անարդար վերաբերմունք են ցուցաբերում, կամ կցանկանայիք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ Ձեր իրավունքների մասին	187
I. Որպես ծրագրի անդամ, Դուք նաև պարտականություններ ունեք	188



A. Դուք իրավունք ունեք ստանալու Ձեր պահանջներին համապատասխան տեղեկատվություն

Մենք պարտավոր ենք հայտնել Ձեզ ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է Ձեզ համար: Մենք պետք է պատմենք Ձեզ Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք գտնվում եք մեր ծրագրում:

- Որպեսզի ստանաք տեղեկություն Ձեզ համար ընկալելի ձևով, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագրում ներգրավված են մարդիկ, ովքեր կարող են պատասխանել Ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով
- Մեր պլանը կարող է նույնպես տրամադրել այս նյութերը այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառաչափ, Բրեյլյան տառատեսակ կամ ձայնային կրիչների վրա: Նյութերը հասանելի են հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հինդի, հինդ, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, միեն, փենջաբի, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն, վիետնամերեն՝
 - Այս փաստաթուղթը անգլերենից այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում կարող եք ձեռք բերել մշտական հայցով: Դիմում ներկայացնելու նպատակով, խնդրում ենք դիմել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոնին:
 - Դիմում ներկայացնելու նպատակով, խնդրում ենք դիմել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որը հետագա հաղորդակցությունների համար ֆայլով կպահի ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը: Ձեր նախընտրության վերաբերյալ որևէ թարմացում կատարելու համար դիմեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին:

Եթե Դուք խնդիրներ ունեք մեր ծրագրից տեղեկատվություն ստանալու պատճառով լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare- ին 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար կարող եք նաև դիմել Նահանգային լսման համար, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժում է, նվազեցնում կամ դադարեցնում ծառայությունները, որոնք ըստ ձեզ, պետք է ստանալիք: Medi-Cal-ի Պետական լսումներ խնդրելու և բողոք ներկայացնելու համար զանգահարեք 1-800-952-5253: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349:

- Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Estamos obligados a darle información sobre sus derechos todos los años en que usted sea miembro de nuestro plan.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
 - Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
 - Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

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

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

- 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.)會員服務部。
- 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Medi-Cal 州公平聽證會和提出投訴, 請致電 1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電 1-800-952-8349。

- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
 - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
 - Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.
- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:
- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:
 - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լուս Անջելես վարչաշրջանի համար

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տազալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, տազալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրի Անդամների սպասարկում:

- Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք զանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare` 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լուծ խնդրել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լուծ խնդրելու և զանգատ ներկայացնելու համար, զանգահարեք 1-800-952-5253 համարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով:
- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
- Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY` 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных. Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing), если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253. Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-800-952-8349.
- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
 - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect.
 - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap.

MediConnect Plan-ի միջոցով դուք կարող եք ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ, որոնք կօգնեն ձեզ հասկանալ ձեր իրավունքները և պարտականությունները:

- Եթե ձեր լեզուն կամ մշակույթը խոչընդոտում է ձեր հասկանալիությանը, կարող եք խորհուրդներ ստանալ և օգնություն ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ ստանալ:
- Եթե ձեր լեզուն կամ մշակույթը խոչընդոտում է ձեր հասկանալիությանը, կարող եք խորհուրդներ ստանալ և օգնություն ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ ստանալ:

Եթե ձեր լեզուն կամ մշակույթը խոչընդոտում է ձեր հասկանալիությանը, կարող եք խորհուրդներ ստանալ և օգնություն ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ ստանալ:

- Եթե ձեր լեզուն կամ մշակույթը խոչընդոտում է ձեր հասկանալիությանը, կարող եք խորհուրդներ ստանալ և օգնություն ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ ստանալ:
- Եթե ձեր լեզուն կամ մշակույթը խոչընդոտում է ձեր հասկանալիությանը, կարող եք խորհուրդներ ստանալ և օգնություն ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ ստանալ:

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

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية.

Եթե ձեր լեզուն կամ մշակույթը խոչընդոտում է ձեր հասկանալիությանը, կարող եք խորհուրդներ ստանալ և օգնություն ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ ստանալ:

Փնտրել օգնություն: Եթե ձեր լեզուն կամ մշակույթը խոչընդոտում է ձեր հասկանալիությանը, կարող եք խորհուրդներ ստանալ և օգնություն ստանալ անհատական օգնություն և խորհուրդներ ստանալ:

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

والأرمنية والروسية والتاغالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاغالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

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

B. Մենք պետք է ապահովենք, որպեսզի Ձեզ ժամանակին տրամադրվեն փոխհատուցվող ծառայությունները և դեղերը

Որպես մեր ծրագրի անդամ՝

- Դուք իրավունք ունեք ընտրելու առաջնային բուժօգնություն մատուցողին (PCP) մեր ցանցից: Ցանցային ծառայություններ մատուցողը այն ծառայություն մատուցողն է, որն աշխատում է մեզ հետ: Դուք կարող եք գտնել լրացուցիչ տեղեկություն այն մասին, թե Պրովայդերների որ տեսակները կարող են հանդես գալ որպես PCP և ինչպես ընտրել PCP Գլուխ 3 Բաժին D-ում:
 - Չանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ փնտրեք *Ծառայություն մատուցողների և դեղատոների գրացուցակում* և տեղեկացեք, թե որ բժիշկներն են ընդունում նոր հիվանդներ:
- Կանայք իրավունք ունեն այցելել գինեկոլոգի կամ այլ կանացի բժշկի առանց ուղեգրի ստանալու: Ձեզ անհրաժեշտ կլինի ուղեգիր որևէ մասնագետի այցելելու համար, ով Ձեր բուժող բժիշկը (PCP) չի հանդիսանում:
- Դուք իրավունք ունեք ստանալ փոխհատուցվող ծառայությունները ցանցային մատուցողներից՝ ողջամիտ ժամկետներում:
 - Սրա մեջ մտնում են նաև մասնագետների կողմից տրամադրվող ծառայությունները:
 - Եթե ողջամիտ ժամկետում չեք կարողանում ծառայություններ ստանալ, մենք պետք է վճարենք ցանցի խնամքի համար:
- Դուք իրավունք ունեք ստանալու շտապ օգնություն, եթե դրա կարիքը կա՝ առանց նախնական հաստատման:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Դուք իրավունք ունեք լրացնել Ձեր դեղատոմսերը մեր ցանցային դեղատներում՝ առանց երկարատև հապաղումների:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե երբ կարող եք այցելել ոչ-ցանցային մատակարարի: Ցանցի մեջ չմտնող մատուցողների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ -3-ի Բաժին D-ի:
- Դուք կարող եք գրանցման պահից հաշված մինչև 12 ամիս պահպանել Ձեր ներկայիս ծառայություն մատուցողներին և ծառայության լիազորումները, եթե համապատասխանեք հետևյալ բոլոր չափանիշներին. Ձեր մատուցողների և ծառայության լիազորումները պահպանելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 1-ի Բաժին F:
- Դուք իրավունք ունեք ուղղորդել Ձեր սեփական բուժօգնությունը՝ Ձեր բուժօգնության թիմի և խնամքի համակարգողի օգնությամբ:

Գլուխ 9-ի Բաժին A և B նկարագրում է, թե ինչ պետք է անեք, եթե գտնում եք, որ ժամանակին չեք ստանում Ձեր ծառայությունները կամ դեղերը: Գլուխ 9-ում Բաժիններ E-ից J նաև նկարագրված է, թե ինչ պետք է անեք, եթե Ձեզ մերժել են ծառայությունների մատուցման կամ դեղերի տրամադրման մեջ, սակայն դուք համամիտ չեք մեր որոշման հետ:

C. Մենք պարտավոր ենք պաշտպանել Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկությունները (PHI)

Մենք պաշտպանում ենք Ձեր բժշկական անձնական տվյալները (PHI), համաձայն դաշնային և նահանգի օրենքների:

Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկությունների մեջ մտնում են այն տեղեկությունները, որոնք տրամադրել եք մեզ ծրագրում անդամագրվելիս: Դրանց մեջ մտնում են նաև Ձեր բժշկական արձանագրությունները և այլ բժշկական տեղեկություններ:

Դուք իրավունք ունեք տեղեկանալու և վերահսկելու՝ թե ինչպես են Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկություններն օգտագործվում: Մենք Ձեզ գրավոր ծանուցում կտրամադրենք, որտեղ ներկայացված կլինեն Ձեր իրավունքները և տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես ենք պաշտպանում Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկությունների գաղտնիությունը: Այդ ծանուցումը կոչվում է «Ծանուցում բժշկական անձնական տվյալների օգտագործման կարգի վերաբերյալ»:

C1. Ինչպե՞ս ենք մենք պաշտպանում Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկությունները

Մենք երաշխավորում ենք, որ լիազորություն չունեցող անձիք չեն կարողում կամ չեն փոփոխում Ձեր բժշկական քարտերը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեծամասամբ, մենք չենք տրամադրում Ձեր առողջությանն առնչվող տեղեկությունները այնպիսի մարդկանց, ովքեր չեն մտնում Ձեզ բուժօգնություն տրամադրողների մեջ կամ, եթե նրանք չեն վճարում ձեր բուժօգնության համար: Տրամադրելու դեպքում մենք պետք է նախ Ձեզանից գրավոր թույլտվություն ստանանք: Գրավոր թույլտվությունը պետք է տրվի անմիջապես ձեր կամ այն անձի կողմից, ով իրավունք ունի Ձեր անունից որոշումներ կայացնելու:

Սակայն որոշ դեպքերում մենք կարող ենք տրամադրել՝ առանց Ձեր նախնական թույլտվության: Այս բացառությունները թույլատրվում կամ պահանջվում են օրենքի կողմից:

- Մենք պարտավոր ենք տրամադրել տեղեկությունները պետական մարմիններին, որոնք ստուգում են մեր աշխատանքի որակը:
- Մենք պարտավոր ենք տրամադրել տեղեկությունները, եթե դա պահանջվում է դատարանի կողմից:
- Մենք պարտավոր ենք տրամադրել ձեր առողջական վիճակի և դեղերի վերաբերյալ տեղեկությունները Medicare-ին: Եթե Medicare-ը տրամադրի Ձեր PHI տվյալները հետազոտական կամ այլ կերպ օգտագործելու նպատակներով, ապա դա պետք է արվի համաձայն դաշնային օրենքի:

C2. Դուք իրավունք ունեք ծանոթանալու Ձեր բժշկական արձանագրություններին

- Դուք իրավունք ունեք ծանոթանալու Ձեր բժշկական արձանագրություններին և ստանալ դրանց պատճեն: Մենք իրավունք ունենք գանձում կատարել Ձեզանից այդ արձանագրությունները պատճենելու համար:
- Դուք իրավունք ունեք խնդրել մեզ՝ արդիացնելու կամ ուղղում կատարելու Ձեր բժշկական արձանագրությունների մեջ: Այս դեպքում մենք կխորհրդակցենք Ձեր բուժօգնություն մատուցողի հետ և կորոշենք՝ արդյոք փոփոխությունները պետք է արվեն, թե ոչ:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե ինչպես և ինչպես է Ձեր PHI-ն տրամադրվել այլոց՝ խնդրելով ցուցակ կամ հաշվառում այն ժամանակների համար, որոնք մենք կիսել ենք ձեր առողջության մասին տեղեկատվությունը վեց տարի առաջ՝ նախքան Ձեր հարցադրումը, թե ում հետ ենք մենք կիսել և ինչու: Մենք կներառենք բոլոր բացահայտումները, բացառությամբ բուժման, վճարման և առողջության պահպանման գործողությունների, ինչպես նաև որոշ այլ բացահայտումների (ինչպիսիք են՝ Ձեր խնդրանքով կատարվածները): Մենք կտրամադրենք տարեկան մեկ անվճար հաշվառում, բայց կգանձենք ողջամիտ, ծախսերի վրա հիմնված վճար, եթե 12 ամսվա ընթացքում խնդրեք մեկ այլը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



C3. Կարող եք խնդրել, որ մենք Ձեզ հետ կապ հաստատենք որոշակի ձևով (օրինակ՝ տնային կամ գրասենյակային հեռախոսով) կամ փոստ ուղարկել այլ հասցեի:

- Դուք իրավունք ունեք գաղտնի հաղորդակցություն խնդրել:
- Մենք կարող ենք «ոչ» ասել Ձեր խնդրանքին, բայց մենք Ձեզ գրավոր տեղեկացնենք մերժման պատճառի մասին 60 օրվա ընթացքում:

C4. Դուք իրավունք ունեք խնդրել մեզ սահմանափակել այն, ինչ մենք օգտագործում և կիսում ենք

- Կարող եք խնդրել մեզ չօգտագործել կամ չտարածել որոշակի առողջական տեղեկատվություն բուժման, վճարման կամ մեր գործողությունների մասին:
- Մեզանից պահանջված չէ համաձայնել Ձեր խնդրանքին, և մենք կարող ենք «ոչ» ասել, եթե դա կազդի Ձեր խնամքի վրա:

C5. Դուք իրավունք ունեք խնդրել ընտրել ինչ-որ մեկին գործել Ձեզ համար

- Եթե Դուք ինչ-որ մեկին տվել եք լիազորագիր, կամ եթե ինչ-որ մեկը ձեր օրինական խնամակալն է, ապա այդ անձը կարող է իրականացնել Ձեր իրավունքները և ընտրություններ կատարել Ձեր առողջապահական տեղեկատվության վերաբերյալ:

Եթե Դուք ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ Ձեր PH տվյալների գաղտնիության վերաբերյալ, զանգահարեք Blue Shield of California Privacy Office՝ 1-888-266-8080:

D. Մենք պետք է տեղեկություններ տրամադրենք Ձեզ մեր ծրագրի, մեր ցանցային ծառայություն մատուցողների և Ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ

Որպես Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամ, Դուք իրավունք ունեք մեզանից տեղեկություններ ստանալ: Եթե Դուք չեք խոսում անգլերեն, մենք ունենք թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու մեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի մասին Ձեր ունեցած յուրաքանչյուր հարցին: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես անհրաժեշտ է զանգահարել մեզ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-855-905-3825, TTY: 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Ծառայությունն անվճար է: *Անդամի ձեռնարկը* և այլ կարևոր գրավոր նյութերն անգլերենից բացի հասանելի են նաև այլ լեզուներով: Նյութերը հասանելի են հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հինդի, հինդի, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, միեն, փենջաբի, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն, վիետնամերեն՝ Մենք կարող ենք նաև Ձեզ տեղեկություններ տալ մեծ տպագրության, բրիլլի կամ աուդիոյին ձևաչափերով:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Եթե Դուք ցանկանում եք ստանալ տեղեկություն ստորև նշվածների որևէ մեկի մասին, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝

- Տեղեկություններ մեր ծրագրի մասին, այդ թվում՝ նաև.
- Ֆինանսական տեղեկություններ
 - Ինչպե՞ս են մեզ գնահատում ծրագրի անդամները
 - Անդամների կողմից կատարված բողոքարկումների քանակի մասին
 - Ինչպե՞ս հրաժարվել մեր ծրագրից
 - Ինչպե՞ս հեռանալ մեր ծրագրից
- Մեր ցանցի մատակարարներն ու ցանցային դեղատները ներառում են՝
 - Ինչպե՞ս ընտրել կամ փոխել առաջանային բուժօգնություն տրամադրողներին
 - Մեր ցանցային ծառայություն մատուցողների և դեղատների որակավորում
 - Ինչպե՞ս ենք մենք վճարում մեր ցանցային ծառայություն մատուցողներին
- Տեղեկություններ փոխհատուցվող ծառայությունների և դեղերի մասին, ինչպես նաև այն կանոնների մասին, որոնց պետք է հետևեք: Դրանց թվում են.
 - Ծառայություններ և դեղեր, որոնք փոխհատուցվում են մեր ծրագրի կողմից
 - Սահմանափակումներ՝ փոխհատուցումների և դեղերի վրա
 - Կանոններ, որոնց պետք է հետևեք՝ փոխհատուցվող ծառայություններն ու դեղերը ստանալու համար
- Տեղեկություններ չփոխհատուցվող ծառայությունների մասին և, թե ինչ կարելի է անել նման դեպքերում, այդ թվում՝ նաև.
 - Խնդրել մեզանից գրավոր փաստաթուղթ այն մասին, թե ինչու ինչ-որ բան չի փոխհատուցվում
 - Դիմել մեզ՝ մեր կայացրած որոշումը փոխելու համար
 - Դիմել մեզ՝ վճարելու Ձեր ստացած հաշիվը

E. Ցանցային ծառայություն մատուցողները չեն կարող անմիջապես ձեզ ուղարկել հաշիվը

Մեր ցանցի բժիշկները, հիվանդանոցները և այլ մատուցողները չեն կարող ստիպել Ձեզ վճարել ծառայությունների դիմաց: Նաև չեն կարող գանձում կատարել Ձեզանից, եթե մենք վճարենք մատուցողի սահմանած գնից պակաս: Իմանալու համար՝ թե ինչ կարելի է անել, եթե մատուցողը փորձում է գումար գանձել Ձեզանից մատուցած ծառայությունների համար՝ անցե՛ք՝ Գլուխ 7:

F. Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի դուրս գալ Cal MediConnect Plan-ից

Եթե չեք ցանկանում մնալ մեր ծրագրի մեջ, ոչ ոք չի կարող պարտադրել Ձեզ:

- Դուք իրավունք ունեք ստանալ Ձեր բուժօգնության ծառայությունների մեծ մասը Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage ծրագրի միջոցով:
- Դուք կարող եք ստանալ Ձեր Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով նշանակվող դեղերը դեղատոմսով դեղերի ծրագրից կամ Medicare Advantage ծրագրից:
- Անցե՛ք Գլուխ 10 լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե երբ կարող եք միանալ նոր Medicare Advantage կամ դեղատոմսով դեղերի նպաստի ծրագրին:
- Ձեր Medi-Cal-ի նպաստները կշարունակեն առաջարկվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի միջոցով, եթե չընտրեք այս վարչաշրջանում մատչելի այլ ծրագիր:

G. Դուք իրավունք ունեք Ձեր բուժօգնության հետ կապված որոշումներ կայացնելու

G1. Դուք իրավունք ունեք իմանալ Ձեր բուժման տարբերակները և որոշումներ կայացնել

Դուք իրավունք ունեք Ձեր բժիշկներից և այլ մատուցողներից ստանալու ամբողջական տեղեկություններ, երբ Ձեզ մատուցվում են ծառայություններ: Ձեր ծառայություն մատուցողները պետք է բացատրեն ձեզ ձեր առողջական վիճակը և բուժման տարբերակները ձեզ համար մատչելի եղանակով: Սա նշանակում է, որ Դուք իրավունք ունեք՝

- **Իմացե՛ք Ձեր տարբերակները:** Դուք իրավունք ունեք իմանալու բուժման բոլոր տարբերակների մասին:
- **Իմացե՛ք բուժման հետ կապված ռիսկերը:** Դուք իրավունք ունեք իմանալու բուժման հետ կապված բոլոր ռիսկերի մասին: Ձեզ պետք է նախապես տեղեկացնեն, եթե որևէ ծառայություն կամ բուժում մտնում է հետազոտական

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Էքսպերիմենտի մեջ: Դուք իրավունք ունեք մերժելու հետազոտության մեջ մտնող բուժման եղանակները:

- **Երկրորդ կարծիք ստանալու համար** Մինչ բուժման որոշում կայացնելը՝ Դուք իրավունք ունեք այցելել այլ բժշկի:
- **Դուք կարող եք ասել «ոչ»:** Դուք իրավունք ունեք մերժել բոլոր տեսակի բուժման տարբերակները: Նաև կարող եք թողնել հիվանդանոցը կամ բժշկական հաստատությունը, նույնիսկ, երբ Ձեր բժիշկը խորհուրդ է տալիս մնալ: Դուք նաև իրավունք ունեք դադարեցնել դեղի ընդունումը: Բուժումը մերժելու կամ դեղի ընդունումը դադարեցնելու դեպքում Դուք դուրս չեք մնում մեր ծրագրից: Ինչևիցե, բուժումը մերժելու կամ դեղի ընդունումը դադարեցնելու դեպքում Դուք եք կրում Ձեր հետագա առողջական վիճակի պատասխանատվությունը:
- **Դուք կարող եք բացատրություն պահանջել մեզանից, թե ինչու է մատուցողը մերժում Ձեր բուժումը:** Դուք իրավունք ունեք տեղեկանալ մեզանից, եթե մատուցողը մերժում է Ձեր բուժօգնությունը, որը ըստ Ձեզ, Դուք պետք է ստանայիք:
- **Կարող եք խնդրել մեզ՝ փոխհատուցելու որևէ ծառայություն կամ դեղ, որը մերժվել է կամ, որը, սովորաբար, չի փոխհատուցվում:** Սա կոչվում է ընդգրկվածություն մասին որոշում: Գլուխ 9-ի Բաժիններ D, E և F-ը պատմում են, թե ինչպես ծրագրից խնդրել փոխհատուցման որոշում:

G2. Դուք իրավունք ունեք զգուշացնել, թե ինչ կցանկանայիք տեղի ունենար, եթե հանկարծ այնպես ստացվեր, որ ինքներդ չկարողանաք որոշում կայացնել Ձեր բուժօգնության հետ կապված

Երբեմն մարդիկ ի վիճակի չեն լինում ինքնուրույն կայացնել իրենց առողջական վիճակի մասին որոշումները: Դրա համար Դուք կարող եք նախապես

- Լրացնել գրավոր ձևաթուղթ ինչ-որ մեկի անունով, **ով իրավունք կունենա որոշել Ձեր փոխարեն:**
- **Գրավոր հրահանգներ տալ Ձեր բժիշկներին** այն մասին, թե ինչպես պետք է վարվեն Ձեզ հետ, եթե հանկարծ Դուք ի վիճակի չլինեք ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու:

Իրավական փաստաթուղթը, որը պետք է օգտագործեք Ձեր հրահանգները տալու համար կոչվում է նախօրոք արված հրահանգ: Նախօրոք արված հրահանգների մի քանի տեսակ կա և դրանք տարբեր անուններ ունեն: Օրինակ՝ կյանքի մասին կտակ և բուժօգնության լիազորագիր:

Դուք պարտավորված եք չեք կազմել նախօրոք արված հրահանգները, բայց կարող եք ցանկության դեպքում: Ահա թե ինչ պետք է անել՝

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- **Ձեռք բերեք ձևաթուղթը:** Այն կարող եք ստանալ Ձեր բժշկից, իրավաբանից, իրավական ծառայություններ մատուցող ընկերությունից կամ սոցիալական աշխատակցից: Այն կազմակերպությունները, որոնք Medicare կամ Medi-Cal ծրագրերի մասին տեղեկություններ են տրամադրում հանրությանը, ինչպես օրինակ՝ Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիրը (HICAP) նույնպես կարող են Ձեզ տրամադրել «Նախնական հրահանգներ»-ի ձևաթուղթը: Նաև կարող եք դիմել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ ձևաթուղթը ստանալու համար:
- **Լրացրեք և ստորագրեք ձևաթուղթը:** Ձևաթուղթը իրավական ուժ ունեցող փաստաթուղթ է: Այն պատրաստելիս՝ կարող եք դիմել փաստաբանի օգնությանը:
- **Պատճենները տվեք այն մարդկանց, ովքեր պետք է իմանան դրա մասին:** Մեկ օրինակ պետք է տաք նաև Ձեր բժշկին: Նաև մեկ օրինակ պետք է տաք այն անձին, ում անունը նշել եք որպես ձեր փոխարեն որոշում կայացնող անձ: Հնարավոր է, նաև ցանկանաք պատճենները տալ ձեր մոտ ընկերներին կամ ընտանիքի անդամներին: Մեկ օրինակ պահեք տանը:
- Եթե պետք է տեղափոխվեք հիվանդանոց և Դուք ստորագրել եք Նախօրոք արված հրահանգները, **մեկ օրինակ տարեք ձեզ հետ հիվանդանոց:**
 - Հիվանդանոցում Ձեզ կհարցնեն՝ արդյոք ունեք Նախօրոք արված հրահանգներ և արդյոք բերել եք Ձեզ հետ:
 - Եթե չեք ստորագրել Նախօրոք արված հրահանգների ձևաթուղթը, ապա հիվանդանոցը կառաջարկի Ձեզ այդ ձևաթուղթը և Դուք կստորագրեք այն ցանկության դեպքում:

Հիշեք, որ Դուք եք որոշում՝ լրացնել Նախօրոք արված հրահանգները թե ոչ:

G3. Ինչ անել, եթե Ձեր ցուցումներին չեք հետևում

Եթե ստորագրել եք Նախօրոք արված հրահանգները և կարծում եք, որ բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը չեն հետևում ձեր հրահանգներին, կարող եք բողոք ուղարկել Կալիֆորնիայի Նահանգի Livanta BFCC-QIO ծրագրին, Որակի բարելավման կազմակերպությանը (QIO) 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711 կամ 1-855-887-6668):

H. Դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու և դիմելու մեզ՝ վերանայելու մեր կայացրած որոշումները

Գլուխ 9-ի Բաժիններ D-ից F-ում ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ բուժօգնության հետ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



կապված: Օրինակ, Դուք կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցման որոշում կայացնելու խնդրանքով, բողոքարկել՝ փոփոխելու փոխհատուցման որոշումը, կամ բողոք ներկայացնել:

Դուք իրավունք ունեք այլ անդամների կողմից մեր ծրագրի դեմ բողոքարկումների ու բողոքների մասին տեղեկություններ ստանալու համար: Այս տեղեկությունը ստանալու համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

H1. Ի՞նչ անել, եթե կարծում եք, որ Ձեզ անարդար վերաբերմունք են ցուցաբերում, կամ կցանկանայիք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ Ձեր իրավունքների մասին

Եթե Դուք ենթադրում եք, որ Ձեզ հետ անարդարացի են վարվում, և որ դա **չի** առնչվում էջ Գլուխ 11-ում նկարագրված պատճառներով խտրականությանը, Դուք կարող եք ստանալ օգնություն՝ զանգահարելով՝

- Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:
- Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP) Այս կազմակերպության մասին լրացուցիչ տեղեկությունների և այն մասին, թե ինչպես կապվել նրանց հետ անցե՛ք Գլուխ 2-ի Բաժին E:
- Cal MediConnect Ombuds ծրագիր Այս կազմակերպության մասին լրացուցիչ տեղեկությունների և այն մասին, թե ինչպես կապվել նրանց հետ անցե՛ք Գլուխ 2-ի Բաժին E:
- Չանգահարե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: (Կարող եք նաև կարդալ կամ ներբեռնել «Medicare իրավունքները և իրավունքների պաշտպանման միջոցները» www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)



I. Որպես ծրագրի անդամ, Դուք նաև պարտականություններ ունեք

Որպես ծրագրի մասնակից՝ Դուք ունեք պարտավորություն կատարելու ստորև թվարկված գործողությունները: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

- **Ծանոթանալ Անդամի ձեռնարկին**՝ իմանալու, թե ինչ ծառայություններ և դեղեր են փոխհատուցվում և, թե ինչ կանոնների պետք է հետևեք՝ դրանք ստանալու համար: Մանրամասների համար՝
 - Ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների մասին մանրամասների համար անցե՛ք Գլուխներ 3 և 4: Այս գլուխներում ասվում է, թե ինչ ծառայություններ ու դեղեր են փոխհատուցվում և ինչը՝ ոչ, ինչ կանոնների պետք է հետևեք և ինչի համար եք Դուք վճարելու:
 - Փոխհատուցվող դեղերի համար անցե՛ք Գլուխներ 5 և 6:
- **Տեղեկացնել մեզ որևէ այլ առողջապահական կամ դեղերի փոխհատուցման ծրագրի մասին**, որում գրանցված եք: Մենք պարտավոր ենք համոզված լինել, որ Դուք օգտագործում եք ընդգրկման Ձեր բոլոր տարբերակներ, երբ Դուք ստանում եք առողջապահական խնամք: Խնդրում ենք զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, եթե այլ ընդգրկումներ ունեք:
- **Տեղեկացրեք Ձեր բժշկին կամ առողջության խնամք մատուցող անձանց**, որ Դուք ներգրավված եք մեր ծրագրում: Ամեն անգամ, երբ ստանում եք դեղերը կամ օգտվում ծառայություններից, ցույց տալ Ձեր ծրագրի Անդամի ID քարտը:
- **Օգնել Ձեր բժշկին** կամ այլ մատուցողներին՝ Ձեզ բուժօգնություն ցուցաբերելու հարցում:
 - Տրամադրել նրանց անհրաժեշտ տեղեկություններ Ձեր և Ձեր առողջական վիճակի մասին: Իմանալ հնարավորինս շատ Ձեր առողջական խնդիրների մասին: Հետևել բուժման ծրագրերին ու հրահանգներին, որոնց մասին պայմանավորվել եք Ձեր մատուցողների հետ:
 - Համոզվել, որ Ձեր բժիշկներն ու այլ մատուցողները լավատեղյակ են ձեր դեղերին, որոնք ընդունում եք: Սրանց մեջ մտնում են դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերը, պատենտավորված դեղերը, վիտամինները և հավելումները:
 - Հարցեր ունենալու դեպքում անպայման տվեք դրանք: Ձեր բժիշկներն ու այլ մատուցողները պետք է մեկնաբանեն ամեն ինչ ձեզ համար մատչելի եղանակով: Եթե հարց եք տալիս և չեք հասկանում դրա պատասխանը, նորից հարցրեք:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- **Լինել ուշադիր:** Մենք մեր բոլոր անդամներից պահանջում ենք հարգել մյուս հիվանդների իրավունքները: Նաև խնդրում ենք հարգալից վերաբերմունք ցուցաբերել բժշկի կաբինետում, հիվանդանոցներում և այլ մատուցողների կաբինետներում:
- **Վճարե՞ք այն, ինչ պարտավոր եք:** Որպես ծրագրի անդամ Դուք պարտավոր եք վճարել հետևյալ վճարումները՝
 - Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրավճարներ: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամների մեծամասնության համար Medi-Cal-ը վճարում է Ձեր Մաս A-ի և Մաս B-ի վճարը:
 - Ծրագրի կողմից փոխհատուցվող երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության կամ դեղերի որոշ մասի համար Դուք պետք է վճարեք արժեքի Ձեր չափաբաժինը՝ դեղը կամ ծառայությունը ստանալիս: Սա կոչվում է համավճար (ֆիքսված գումար) **կամ** համապահովագրություն (ընդհանուր արժեքի տոկոս): Գլուխ 4-ում ասվում է, թե որքան պետք է վճարեք Ձեր դեղերի համար: Գլուխ 6-ի Բաժին D-ում ասվում է, թե որքան պետք է վճարեք Ձեր դեղերի համար:
 - **Եթե Դուք ստանում եք ծառայություններ կամ դեղեր, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր ծրագրի կողմից, Դուք ինքներդ պետք է վճարեք բոլոր ծախսերը:** Եթե Դուք համաձայն չեք ծառայությունը կամ դեղը չփոխհատուցելու վերաբերյալ մեր որոշման հետ, Դուք կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 9-ի Բաժիններ D-ից J:
- **Տեղեկացնել մեզ, երբ տեղափոխվում եք:** Եթե Դուք պատրաստվում եք տեղափոխվել, պետք է անմիջապես տեղեկացնեք մեզ: Չանգահարել հաճախորդների խնամքի կենտրոն:
- **Եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս բնակավայր, Դուք չեք կարող մնալ այս ծրագրի մեջ:** Միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ կարող են միանալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին: Գլուխ 1-ի Բաժին D-ում ներկայացված է մեր սպասարկման տարածաշրջանը:
- Մենք կարող ենք օգնել Ձեզ պատկերացնելու՝ արդյոք տեղափոխվում եք մեր տարածքից դուրս, թե ոչ: Անդամագրման որոշակի ժամանակահատվածի ընթացքում Դուք կարող եք միանալ Original Medicare-ին կամ անդամագրվել Medicare-ի առողջապահական կամ դեղատոմսով նշանակվող դեղերի ծրագրին Ձեր նոր տարածաշրջանում: Եթե Ձեր նոր տարածաշրջանում մեր ծրագիրը հասանելի լինի, մենք Ձեզ կտեղեկացնենք այդ մասին:

- Նաև, տեղափոխվելիս տեղեկացրեք Medicare-ին և Medi-Cal-ին Ձեր նոր հասցեն: Medicare-ի և Medi-Cal-ի հեռախոսահամարները կարող եք անցնել Գլուխ 2-ի Բաժինների G և H:
- **Եթե Դուք տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքի շրջանակներում, նույնպես պետք է տեղեկացնեք մեզ այդ մասին:** Մենք պետք է արդի պահենք Ձեր անդամակցության արձանագրությունները և իմանանք՝ ինչպես կապվել Ձեզ հետ:
- Եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:



Գլուխ 9. Ի՞նչ պետք է անեք, եթե խնդիր կամ դժգոհություն ունեք(փոխհատուցման որոշումները, բողոքարկումները, դժգոհությունները)

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են տեղեկություններ Ձեր իրավունքների մասին: Կարդացեք այս գլուխը պարզելու համար, թե ինչ պետք է անել, եթե.

- Դուք խնդիր կամ դժգոհություն ունեք ծրագրի հետ կապված:
- Դուք ունեք ծառայություն, առարկա կամ դեղամիջոց, որը ծրագիրը չի վճարում:
- Դուք համաձայն չեք ծրագրի կողմից Ձեր բուժման հետ կապված որոշման հետ:
- Կարծում եք, որ փոխհատուցվող ծառայությունները չափազանց շուտ են ավարտվում:
- Դուք խնդիր կամ դժգոհություն ունեք երկարատև ծառայությունների ու աջակցման հետ, որոնք բաղկացած են Չափահասների Համայնքային Ծառայություններից (CBAS) և Բուժօգնության Հաստատություններից (NF):

Եթե Դուք խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, ընդամենը պետք է կարդալ այս գլխի այն մասերը, որոնք վերաբերում են Ձեր խնդրին: Այս գլուխը բաժանված է տարբեր բաժինների, որը կօգնի Ձեզ հեշտությամբ գտնել Ձեր ուզածը:

Եթե խնդիր ունեք Ձեր առողջական կամ երկարատև ծառայությունների և աջակցման հետ կապված

Դուք պետք է ստանաք այն բուժօգնությունը, դեղերը և երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը, որոնք նշանակել են բժիշկը կամ այլ մատուցողներ՝ որպես Ձեր բուժօգնության ծրագրի մաս: **Եթե խնդիր ունեք Ձեր բուժօգնության հետ կապված, կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds Program 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:** Այս գլխում ներկայացված են տարբեր ընտրանքներ՝ տարբեր խնդիրների և բողոքների հետ կապված, սակայն Դուք միշտ կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds Program, որտեղ կուղղորդեն Ձեզ խնդիրները լուծելու համար: Լրացուցիչ ռեսուրսների համար Ձեր մտահոգությունները և դրանց հետ կապվելու եղանակները լուծելու համար օմբուդսմենի ծրագրերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 2:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Բովանդակություն

A. Ի՞նչ պետք է անել, եթե խնդիր ունեք	194
A1. Իրավաբանական տերմինների մասին.....	194
B. Ո՞ր դանգահարել օգնության համար.....	194
B1. Որտեղի՞ց ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ և օգնություն.....	194
C. Ձեր նպաստների հետ կապված խնդիրներ	196
C1. Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների համար ընթացակարգից օգտվելը	196
D. Փոխհատուցման որոշումներն ու բողոքարկումները.....	196
D1. Փոխհատուցման որոշումների ու բողոքարկումների ամփոփում	196
D2. Օգնություն՝ փոխհատուցման որոշումների ու բողոքարկումների հետ կապված	197
D3. Այս գլխի բաժիններից օգտվելը, որոնք կօգնեն Ձեզ:.....	198
E. Ծառայությունների, նյութերի և դեղերի (ոչ Մաս D-ի դեղերի) հետ կապված խնդիրներ.....	200
E1. Երբ օգտվել այս բաժնից	200
E2. Դիմում փոխհատուցման որոշման համար.....	201
E3. Մակարդակ 1 Ծառայությունների, նյութերի և դեղերի (ոչ Մաս D-ի դեղերի) հետ կապված բողոքարկում.....	204
E4. Մակարդակ 2 Ծառայությունների, նյութերի և դեղերի (ոչ Մաս D-ի դեղերի) հետ կապված բողոքարկում.....	208
E5. Խնդիրներ վճարումների հետ.....	215
F. Մաս D-ի դեղերը	217
F1. Ի՞նչ պետք է անել, եթե խնդիր ունեք Մաս D-ի դեղերը ստանալու հետ կապված կամ ուզում եք, որ մենք ետ վճարենք Ձեզ Մաս D-ի դեղի համար	217
F2. Ո՞րն է բացառությունը:	219
F3. Կարևոր բաներ, որոնք պետք է իմանաք՝ բացառությունների համար խնդրելիս	220

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



F4. Ինչպե՞ս դիմել Մաս D-ի դեղի համար փոխհատուցման որոշման համար կամ Մաս D-ի դեղի համար գումարի փոխհատուցման համար, ներառյալ բացառությունը	221
F5. Մակարդակ 1 Բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար	225
F6. Մակարդակ 2 Բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար	228
G. Հիվանդանոցի օրերը երկարացնելու համար դիմում.....	230
G1. Ձեր Medicare-ի իրավունքների մասին տեղեկատվություն	230
G2. Մակարդակ 1 Բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման օրվա համար	231
G3. Մակարդակ 2 Բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման օրը փոխելու համար.....	234
G4. Ի՞նչ կլինի, եթե ես բաց թողնեմ բողոքարկման ժամկետը:.....	235
H. Ինչ անել, եթե կարծում եք, որ Ձեր տնային բուժօգնության, մասնագիտացված բուժօգնության հաստատության կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները չափազանց շուտ են ավարտվում.....	238
H1. Մենք Ձեզ նախօրոք տեղյակ կպահենք, թե երբ է ավարտվում Ձեր փոխհատուցումը.....	238
H2. Մակարդակ 1 Բողոքարկում Ձեր բուժօգնությունը շարունակելու համար	239
H3. Մակարդակ 2 Բողոքարկում Ձեր բուժօգնությունը շարունակելու համար	242
H4. Ի՞նչ կլինի, եթե բաց թողնեք ձեր Մակարդակ 1-ի բողոքարկման համար ժամկետը:	243
I. Ձեր բողոքարկման անցումը Մակարդակ 2-ից վեր	246
I1. Հաջորդ քայլերը Medicare-ի ծառայությունների և նյութերի համար	246
I2. Հաջորդ քայլերը Medicare-ի ծառայությունների և նյութերի համար	246
J. Ինչպե՞ս ներկայացնել բողոքը	247
J1. Ի՞նչ տեսակի խնդիրների համար կարող եք բողոքել:	247
J2. Ներքին բողոքարկումներ	249
J3. Արտաքին բողոքարկումներ.....	250

A. Ի՞նչ պետք է անել, եթե խնդիր ունեք

Այս գլխում ասված է, թե ինչ պետք է անել, եթե խնդիր ունեք Ձեր ծրագրի հետ, ծառայությունների կամ վճարման հետ: Medicare-ը և Medi-Cal-ը հաստատել են այս գործընթացները: Ամեն մի գործընթաց ունի կանոնակարգ, ընթացակարգեր և ժամկետներ, որոնց պետք է հետևենք և՛ մենք, և՛ Դուք:

A1. Իրավաբանական տերմինների մասին

Այս գլխում օգտագործված են դժվար իրավաբանական տերմիններ որոշ կանոնների և ժամկետների վերաբերյալ: Այս տերմիններից շատերը դժվար հասկանալի են, ուստի մենք օգտագործել ենք ավելի պարզ բառեր՝ որոշ իրավաբանական տերմինների փոխարեն: Հապավումները մենք օգտագործում ենք հնարավորինս հազվադեպ:

Օրինակ, մենք կօգտագործենք.

- «Բողոքել»՝ «բողոքարկում ներկայացնելու» փոխարեն
- «Փոխհատուցման որոշում»՝ «կազմակերպության սահմանման», «նպաստի սահմանման» կամ «սահմանման» փոխարեն
- «Փոխհատուցման արագ որոշում»՝ «արագացված սահմանման» փոխարեն

Ճիշտ իրավաբանական տերմինների իմացությունը՝ Ձեզ կօգնի ավելի պարզ հաղորդակցվել, ուստի մենք դրանք նույնպես կտրամադրենք:

B. Ո՞ր գանգահարել օգնության համար

B1. Որտեղի՞ց ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ և օգնություն

Երբեմն կարող եք խճճվել՝ խնդրի գործընթացը սկսելիս կամ նրան հետևելիս: Սրան կարող է մասնավորապես նպաստել Ձեր վատառողջ կամ թույլ վիճակը: Կամ, որոշ դեպքերում Դուք կարող եք չունենալ հաջորդ քայլին դիմելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:

Cal MediConnect Ombuds Program-ը կարող է օգնել Ձեզ ծառայության կամ վճարումների հետ կապված խնդիրների հարցում

Եթե Ձեզ հարկավոր է օգնություն, Դուք միշտ կարող եք գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրին-ին: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի-ի աշխատակիցները կպատասխանեն Ձեր հարցերին և կօգնեն հասկանալ, թե ինչ կարելի է անել Ձեր խնդիրը լուծելու համար: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի-ը չի համագործակցում մեզ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Նրանք կարող են օգնել Ձեզ հասկանալ գործընթացը: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077: Ծառայություններն անվճար են: Օմբուդսմենի ծրագրեր մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 2:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք գանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Կարող եք օգնություն ստանալ Առողջության ապահովագրման խորհրդի և սատարման ծրագրից

Կարող եք նաև զանգահարել Առողջության ապահովագրման խորհրդի և սատարման ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կպատասխանեն Ձեր հարցերին և կօնեն հասկանալ, թե ինչ կարելի է անել Ձեր խնդիրը լուծելու համար: HICAP-ը չի համագործակցում որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: HICAP-ը հատուկ մասնագիտացված խորհրդատուներ ունի ամեն վարչաշրջանում և ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-432-0222:

Ինչպե՞ս ստանալ օգնություն Medicare-ից

Խնդիրների հարցում օգնության համար կարող եք անմիջապես զանգահարել Medicare: Ահա Medicare-ից օգնություն ստանալու երկու եղանակ՝

- Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY՝ 1-877-486-2048: Զանգն անվճար է:
- Այցելեք Medicare-ի վեբկայքը՝ www.medicare.gov:

Դուք կարող եք օգնություն ստանալ California-ի կառավարվող բուժօգնության վարչությունից (Department of Managed Health Care)

Այս պարբերությունում «հայց» տերմինը նշանակում է բողոքարկում կամ բողոք Medi-Cal-ի ծառայությունների, Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի կամ Ձեր մատակարարներից մեկի վերաբերյալ:

Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությունը պատասխանատու է կարգավորելու առողջապահական խնամքի ծառայությունների ծրագրերը: Եթե բողոք ունեք Ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ, նախ պետք է զանգեք Ձեր ծրագրին՝ **1-855-905-3825 համարով (TTY՝ 711)** և օգտագործեք Ձեր առողջապահական ծրագրի բողոքարկման գործընթացը՝ նախքան բաժնի հետ կապվելը: Բողոքների ներկայացման այս ընթացակարգի օգտագործումը չի սահմանափակում Ձեզ հասանելի ցանկացած օրինական իրավունքները կամ միջոցները: Եթե զանգատ ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, որը կապված է հրատապ դեպքի հետ, զանգատ, որը բավարար կերպով չի լուծվել Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից, կամ որը չի լուծվել ավելի քան 30 օրվա ընթացքում, կարող եք զանգահարել բաժնին՝ աջակցություն ստանալու համար: Դուք կարող եք նաև իրավունակ լինել Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) համար: Եթե Դուք IMR-ի իրավունք ունեք, IMR գործընթացը կտրամադրի ծրագրի կողմից կատարած որոշումների մասնակի վերանայում, որոնք կապված են առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության հետ, էքսպերիմենտալ բուժումների փոխհատուցման որոշումների կամ հետազոտական բնույթի և վճարման հետ կապված վեճերին՝ շտապ օգնության կամ բժշկական ծառայությունների համար: Բաժանմունքը ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (**1-888-466-2219**) և TDD գիծ՝ (**1-877-688-9891**) լսողության և խոսքի դժվարություններ ունեցողների համար: Դեպարտամենտի ինտերնետ կայքը է www.dmhc.ca.gov որտեղ կան բողոքարկման ձևեր, IMR դիմումի ձևեր և առցանց ուղեցույցներ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



C. Ձեր նպաստների հետ կապված խնդիրներ

C1. Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների համար ընթացակարգից օգտվելը

Եթե Դուք խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, ընդամենը պետք է կարդալ այս գլխի այն մասերը, որոնք վերաբերվում են Ձեր խնդրին: Ստորև աղյուսակը կօգնի Ձեզ գտնել այս գլխի անհրաժեշտ բաժինը՝ խնդիրների կամ բողոքների համար:

Ձեր բողոքը կամ մտահոգությունը կապված է Ձեր նպաստների կամ փոխհատուցման հետ: (Սա ներառում է այն խնդիրները, թե արդյոք կոնկրետ բժշկական օգնությունը, երկարատև ծառայությունները և աջակցությունը, կամ դեղատոմսով դեղերը ծածկված են, ինչպես նաև այն դեպքերը, երբ դրանք ծածկված են և բժշկական օգնության կամ դեղատոմսով դեղերի վճարման հետ կապված խնդիրներ կան):	
Այո: Իմ խնդիրը վերաբերում է նպաստների կամ փոխհատուցման հետ: Անցե՛ք Բաժին D` «Փոխհատուցման որոշումներն ու բողոքարկումները» էջ 193-ում:	Ոչ: Իմ խնդիրը չի վերաբերում նպաստների կամ փոխհատուցման հետ: Անցե՛ք դեպի Բաժին J` Անցե՛ք «Ինչպես ներկայացնել բողոքը» 244 էջում:

D. Փոխհատուցման որոշումներն ու բողոքարկումները

D1. Փոխհատուցման որոշումների ու բողոքարկումների ամփոփում

Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների գործընթացը առնչվում է Ձեր նպաստների և փոխհատուցման խնդիրների հետ: Այն նաև ներառում է վճարումների հետ կապված խնդիրները: Դուք պատասխանատու չեք Medicare-ի ծախսերի համար, բացի Մաս D-ի համավճարները:

Ի՞նչ է փոխհատուցման որոշումը:

Փոխհատուցման որոշումը այն նախնական որոշումն է, որը մենք կայացնում ենք ձեր նպաստների և փոխհատուցման մասին կամ մեր կողմից վճարվող գումարի մասին, որը մենք վճարում ենք ձեր բժշկական ծառայությունների, կյանքի կամ դեղերի համար: Մենք միշտ կայացնում ենք փոխհատուցման որոշումը, երբ որոշում ենք, թե ինչ է փոխհատուցվելու ձեզ համար և, թե որքան ենք մենք վճարելու:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY` 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Եթե Դուք կամ Ձեր բժիշկը համոզված չեք՝ փոխհատուցվում է արդյոք ծառայությունը, նյութը կամ դեղը Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից, թե ոչ, Դուք կամ բժիշկը կարող եք խնդրել փոխհատուցման որոշման համար՝ նախքան ծառայությունը, նյութը կամ դեղը մատուցելը:

Ի՞նչ է բողոքարկումը:

Բողոքարկումը մեր կայացրած որոշումը վերանայելու և այն փոխելու համար դիմումի պաշտոնական ձև է, եթե գտնեք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Օրինակ՝ մենք կարող ենք որոշել, որ ձեր ուզած ծառայությունը, նյութը կամ դեղը չի փոխհատուցվում կամ այլևս չի փոխհատուցվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից: Եթե Դուք կամ Ձեր բժիշկը համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել:

D2. Օգնություն՝ փոխհատուցման որոշումների ու բողոքարկումների հետ կապված

Ո՞ւմ կարող եմ ես զանգել փոխհատուցման որոշումների կամ բողոքարկում կատարելու համար:

Դուք կարող եք դիմել հետևյալ կենտրոններից ցանկացածին.

- Չանգահարեք **Հաճախորդների խնամքի կենտրոն**՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711):
- Չանգահարեք **Cal MediConnect Ombuds ծրագրին-ին** անվճար օգնության համար: Cal MediConnect Ombuds Program-ը կարող է օգնել Cal MediConnect Program-ի անդամներին ծառայության կամ վճարումների հետ կապված խնդիրների հարցում: Հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:
- Օգնություն ստանալու համար զանգահարեք **Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP)**: HICAP-ը անկախ կազմակերպություն է: Այն կապ չունի այս ծրագրի հետ: Հեռախոսահամարն է՝ 1-800-432-0222:
- Չանգահարեք **Բուժօգնության վերահսկման բաժանմունքի օգնության կենտրոն (Department of Managed Health Care, DMHC)**՝ անվճար օգնության համար: DMHC-ը պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի կարգավորման համար: DMHC-ն օգնում է Cal MediConnect-ում անդամագրված մարդկանց Medi-Cal-ի ծառայություններին առնչվող բողոքարկումների կապակցությամբ: Հեռախոսահամարն է՝ 1-888-466-2219: Խուլ, լսողական խնդիրներով կամ խոսելու խնդիրներ ունեցող մարդիկ կարող են օգտվել անվճար TTY համարից՝ 1-877-688-9891:
- Խոսեք **Ձեր բժշկի կամ այլ մատուցողի հետ**: Ձեր բժիշկը կամ այլ մատուցողը կարող է դիմել փոխհատուցման որոշման համար կամ բողոքարկել Ձեր անունից:
- Խոսեք **Ձեր ընկերոջ կամ ընտանիքի անդամի հետ** և խնդրեք նրան հանդես գալ Ձեր անունից: Դուք կարող եք դիմել այլ մարդու՝ Ձեր անունից որպես Ձեր

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



«Ներկայացուցիչ» գործելու և դիմելու փոխհատուցման որոշման կամ բողոքարկման համար:

- Եթե Դուք ցանկանում եք, որ ընկեր, բարեկամ կամ այլ անձնավորություն լինի Ձեր ներկայացուցիչը, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն և խնդրեք տրամադրել Ձեզ «Ներկայացուցչի նշանակում» ձևը: Ձևաթուղթը կարող եք նաև ձեռք բերել Medicare-ի կայքից՝ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf: Այս ձևաթուղթը տվյալ անձին Ձեր անունից գործելու թույլտվություն է տալիս: Դուք պետք է ներկայացնեք մեզ ստորագրված ձևի պատճենը:
- **Դուք նաև իրավունք ունեք դիմել փաստաբանի՝** Ձեր անունից գործելու համար: Կարող եք զանգահարել Ձեր անձանական փաստաբանին կամ գտնել նոր փաստաբան տեղական փաստաբանների ասոցիացիայից կամ այլ ծառայություններից: Որոշ իրավական խմբեր Ձեզ անվճար ծառայություններ կմատուցեն, եթե իրավասու լինեք այդ դասակարգմանը: Եթե ցանկանում եք, որպեսզի Ձեզ ներկայացնի փաստաբանը, Դուք պետք է լրացնեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևը: Առողջապահության սպառողների դաշինքից կարող եք իրավաբանական օգնություն խնդրել 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով:
- Ինչևիցե, **փոխհատուցման որոշման կամ բողոքարկման համար** Ձեզ անհրաժեշտ չէ փաստաբան:

D3. Այս գլխի բաժիններից օգտվելը, որոնք կօգնեն Ձեզ:

Գոյություն ունի չորս տարբեր տեսակի իրադրություն, որոնց համար պետք է փոխհատուցման որոշումներ կամ բողոքարկումներ: Ամեն մի իրադրություն տարբեր կանոններ և ժամկետներ ունի: Այս գլուխը բաժանված է տարբեր բաժինների, որոնք կօգնեն Ձեզ գտնել այն կանոնները, որոնց պետք է հետևեք: **Դուք ընդամենը պետք է կարդաք այն բաժինը, որը վերաբերում է Ձեր խնդրին՝**

- **Բաժին E-ում Էջ 197**, նշված են տեղեկություններ ծառայությունների, նյութերի կամ դեղերի (բայց ոչ Մաս D-ի դեղերի) հետ կապված խնդրի վերաբերյալ: Օրինակ, օգտվեք այս բաժնից, եթե՝
 - Դուք չեք ստանում Ձեր ուզած բուժօգնությունը, բայց կարծում եք, որ մեր ծրագիրը փոխհատուցվում է այդ օգնությունը:
 - Մենք չենք հաստատում այն ծառայությունները, նյութերը կամ դեղերը, որոնք Ձեր բժիշկը ուզում է նշանակել Ձեզ, բայց Դուք կարծում եք, որ այդ բուժօգնությունը պետք է փոխհատուցվի:
- **ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ.** Բաժին E-ից կարող եք օգտվել, միայն եթե այդ դեղերը **չեն** փոխհատուցվում Մաս D-ով: *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում* «NPD» նշված

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



դեղերը չեն փոխհատուցվում Մաս D-ով: Մաս D-ի դեղերի բողոքարկման համար անցե՛ք Բաժին F, Էջ՝ 213:

- Դուք ստացել եք բուժսպասարկում կամ ծառայություններ, որոնք, Ձեր ենթադրությամբ, ընդգրկված էին ապահովագրական ծածկույթի մեջ, սակայն մենք չենք վճարում այդ բուժսպասարկման համար:
- Դուք ստացել և վճարել եք բժշկական ծառայությունների կամ նյութերի համար, որոնք կարծում էիք փոխհատուցվում են և ուզում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք հետ վճարենք դրանց համար:
- Ձեզ ասել են, որ Ձեր ստացած բուժօգնության փոխհատուցումը նվազեցվելու կամ դադարեցվելու է, և Դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:
 - **ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ.** Եթե փոխհատուցումը, որը դադարեցվելու է, նախատեսված է հիվանդանոցային բուժօգնության, տնային պայմաններում բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն (CORF)՝ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության կողմից բուժսպասարկման ծառայությունների համար, Ձեզ հարկավոր է կարդալ այս գլխի առանձին բաժինը, քանի որ բուժսպասարկման այդ տեսակների նկատմամբ կիրառվում են հատուկ կանոններ: Անցե՛ք Բաժիններ G և H, Էջեր՝ 227 և 235:
- **Բաժին F-ում, Էջ՝ 213-ում,** նշված են տեղեկություններ Մաս D-ի դեղերի մասին: Օրինակ, օգտվեք այս բաժնից, եթե՝
 - Դուք ցանկանում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք բացառություն անենք Մաս D-ի դեղի փոխհատուցման համար, որը չի պարունակվում ծրագրի մեր Դեղերի ցանկում:
 - Դուք ցանկանում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք հրաժարվենք Ձեր կողմից ստացվող դեղի քանակության սահմանափակումներից:
 - Դուք ուզում եք խնդրել մեզ փոխհատուցել մի դեղ, որի համար նախնական հաստատում է հարկավոր:
 - Մենք չենք հաստատել Ձեր հարցումը կամ բացառությունը, որը Դուք կամ Ձեր բժիշկը կամ այլ բաժանորդ գտնում եք, որ մենք պետք է հաստատեինք:
 - Դուք ուզում եք խնդրել մեզ վճարել դեղատոմսով դուրս գրվող դեղի համար, որի համար Դուք արդեն վճարել եք: (Սա նշանակում է խնդրել վճարման փոխհատուցման որոշման համար:)

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- **Բաժին G-ում, Էջ 227-ում**, նշված են տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես դիմել մեզ փոխհատուցելու ստացիոնար ավելի երկար բուժումը, եթե կարծում եք, որ բժիշկը շուտով դուրս է գրելու Ձեզ: Օգտվե՛ք այս բաժնից, եթե՝
 - Դուք հիվանդանոցում եք և գտնում եք, որ բժիշկը չափազանց շուտ է դուրս գրել Ձեզ:
- **Բաժին H-ը, Էջ՝ 235**, Ձեզ տեղեկություն կտրամադրի այն մասին, թե ինչ անել, երբ Ձեր տնային բուժօգնության, մասնագիտացված բուժօգնության հաստատության կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները չափազանց շուտ են ավարտվում:

Եթե համոզված չեք, թե որ բաժնից եք օգտվելու, խնդրում ենք զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

Լրացուցիչ տեղեկության համար, խնդրում ենք, զանգահարեք Cal MediConnect Ombuds Program-ի կենտրոն՝ 1-855-501-3077 համարով:

E. Ծառայությունների, նյութերի և դեղերի (ոչ Մաս D-ի դեղերի) հետ կապված խնդիրներ

E1. Երբ օգտվել այս բաժնից

Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչ է հարկավոր անել այն դեպքերում, երբ Դուք ունեք Ձեր բժշկական, հոգեկան առողջապահության և երկարաժամկետ խնամքի և օժանդակման ծառայությունների (LTSS) նպաստների հետ կապված խնդիրներ: Կարող եք նաև օգտվել այս բաժնից, եթե դեղերի հետ կապված խնդիրներ ունեք, որոնք **չեն** փոխհատուցվում Մաս D-ով՝ ներառյալ Medicare Մաս B դեղերը: Դեղերի ցանկում «NPD» պարունակող դեղերը **չեն** փոխհատուցվում Մաս D-ով: Օգտագործեք Բաժին F-ը Մաս D դեղերի բողոքարկման համար:

Այս բաժնում ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե Դուք հետևյալ իրավիճակներից մեկում եք.

1. Դուք կարծում եք, որ մենք փոխհատուցում է Ձեզ անհրաժեշտ բժշկական, հոգեկան առողջության պահպանման կամ երկարատև ծառայությունները և աջակցումը (LTSS), բայց Դուք դրանք չեք ստանում:

Ի՞նչ կարող եք անել. Կարող եք դիմել փոխհատուցման որոշման համար: Փոխհատուցման որոշման համար դիմելու մասին մանրամասների համար անցեք Բաժին E2, Էջ՝ 198:

2. Մենք չենք հաստատել բուժօգնությունը, որը Ձեր բժիշկն ուզում է տրամադրել Ձեզ, բայց գտնում եք, որ պետք է հաստատեինք:

Ի՞նչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել ծրագրի որոշումը՝ բուժօգնությունը չհաստատելու համար: Բողոքարկելու համար մանրամասն տեղեկության համար անցեք՝ Բաժին E3, Էջ՝ 201:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



3. Դուք ստացել եք ծառայություններ կամ նյութեր, որոնք ըստ Ձեզ փոխհատուցվում է մեր կողմից, բայց մենք չենք վճարում դրանց համար:

Ի՞նչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել ծրագրի որոշումը՝ չվճարելու համար: Բողոքարկելու համար մանրամասն տեղեկության համար անցեք՝ Բաժին E3, էջ՝ 201:

4. Դուք ստացել և վճարել եք ծառայությունների կամ նյութերի համար, որոնք կարծում էիք փոխհատուցվում են և ուզում եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք փոխհատուցենք դրանց համար:

Ի՞նչ կարող եք անել. Դուք կարող եք դիմել մեզ գումարի հետվճարման համար: Դուք կարող եք դիմել ծրագրին՝ Ձեզ հետ վճարելու համար, անցեք՝ Բաժին E5, էջ՝ 212:

5. Մենք Ձեր փոխհատուցումը որոշակի ծառայության համար նվազեցրել կամ դադարեցրել ենք, և Դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:

Ի՞նչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը՝ ծառայությունը նվազեցնելու կամ դադարեցնելու համար: Բողոքարկելու համար մանրամասն տեղեկության համար անցեք՝ Բաժին E3, էջ՝ 201:

ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ. Եթե փոխհատուցման տրամադրման դադարեցումը վերաբերում է հիվանդանոցային բուժմանը, տնային պայմաններում բուժօգնությանը, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ծառայություններին, ապա կիրառվում են հատուկ կանոններ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք Բաժիններ G կամ H՝ էջեր 227 և 235:

E2. Դիմում փոխհատուցման որոշման համար

Ինչպե՞ս դիմել փոխհատուցման որոշման համար, որպեսզի ստանաք բժշկական, հոգեկան առողջության պահպանման կամ որոշ երկարատև ծառայություններ և աջակցում (MSSP կամ NF ծառայություններ)

Փոխհատուցման որոշման համար դիմելու համար զանգահարեք, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ կամ խնդրեք Ձեր ներկայացուցչին դիմել որոշման համար:

- Կարող եք մեզ զանգահարել 1-855-905-3825 (TTY՝ 711):
- Կարող եք ֆաքս ուղարկել մեզ. 1-323-889-6577
- Կարող եք գրել մեզ հետևյալ հասցեով. Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Որքա՞ն է տևում փոխհատուցման որոշման պատասխանի ստանալը:

Հարցնելուց և անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո սովորաբար որոշում կայացնելու համար մեզնից կպահանջվի 5 աշխատանքային օր, քանի դեռ Ձեր պահանջը Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի համար չէ: Եթե Ձեր հայցը Medicare Մաս B դեղատոմսով նախատեսված դեղամիջոցի համար է, մենք Ձեր որոշումը կկայացնենք Ձեր հայցադիմումը ստանալուց ոչ ավելի, քան 72 ժամ հետո: Եթե 14 օրացուցային օր (կամ 72 ժամ՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի համար) հետո մենք չենք տալիս փոխհատուցման որոշման պատասխանը, կարող եք բողոքարկել:

Երբեմն մեզ անհրաժեշտ է լինում ավելի շատ ժամանակ և մենք նամակ ենք ուղարկում Ձեզ, որտեղ ասվում է, որ մեզ հարակավոր է ևս 14 օրացուցային օր: Նամակը կբացատրի, թե ինչի համար է անհրաժեշտ լրացուցիչ ժամանակը: Մենք չենք կարող հավելյալ ժամանակ պահանջել Ձեզ որոշում կայացնելու համար, եթե Ձեր հայցը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով նախատեսված դեղի համար:

Կարո՞ղ եմ ավելի արագ ստանալ փոխհատուցման որոշումը:

Այո: Եթե Ձեզ ավելի արագ է պետք պատասխանը, Դուք պետք է դիմեք մեզ «արագ փոխհատուցման որոշման» համար: Եթե մենք հաստատենք այս հարցումը, մենք կտեղեկացնենք Ձեզ մեր որոշման մասին 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամ՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի համար):

Ինչևիցե, երբեմն մեզ անհրաժեշտ է լինում ավելի շատ ժամանակ և մենք նամակ ենք ուղարկում Ձեզ, որտեղ ասվում է, որ մեզ հարակավոր է ևս 14 օրացուցային օր: Նամակը կբացատրի, թե ինչի համար է անհրաժեշտ լրացուցիչ ժամանակը: Մենք չենք կարող հավելյալ ժամանակ պահանջել Ձեզ որոշում կայացնելու համար, եթե Ձեր հայցը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով նախատեսված դեղի համար:

«Փոխհատուցման արագ որոշման» իրավաբանական տերմինն է՝ «արագացված որոշում»:

Ինչպե՞ս դիմել փոխհատուցման արագ որոշման համար.

- Սկսեք զանգահարել կամ ֆաքսով դիմել մեզ՝ խնդրելու փոխհատուցել Ձեր ուզած խնամքը
- Չանգահարե՞ք մեզ՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) կամ ֆաքս ուղարկե՞ք՝ 1-323-889-5049:
- Մանրամասների համար, թե ինչպես պետք է դիմեք մեզ, տեսե՛ք Գլուխ 2-ը:

Կարող եք նաև խնդրել Ձեր մատակարարին կամ Ձեր ներկայացուցչին պահանջել արագ փոխհատուցման որոշում կայացնել Ձեզ համար:

Փոխհատուցման արագ որոշման համար դիմելու կանոնները.

Դուք պետք է համապատասխանեք հետևյալ երկու պահանջներին՝ փոխհատուցման արագ որոշում ստանալու համար.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

1. Փոխհատուցման արագ որոշում կարող եք ստանալ **միայն, եթե խնդրում եք այնպիսի բուժօգնության կամ նյութի փոխհատուցման համար, որը դեռ չեք ստացել:** (Դուք չեք կարող ստանալ փոխհատուցման արագ որոշում, եթե խնդրում եք այնպիսի բուժօգնության կամ նյութի փոխհատուցման համար, որը արդեն ստացել եք):
2. Փոխհատուցման արագ որոշում կարող եք ստանալ **միայն, եթե ստանդարտ 14 օրացուցային օր (կամ 72 ժամ՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի համար) կարող են լրջորեն վնասել ձեր առողջությունը կամ ձեր ֆունկցիոնալության հնարավորությունը:**
 - Եթե Ձեր բժիշկն ասի, որ Ձեզ հարկավոր է փոխհատուցման արագ որոշում, մենք ավտոմատ կերպով կտանք այն Ձեզ:
 - Եթե Դուք դիմում եք փոխհատուցման արագ որոշման համար՝ առանց Ձեր բժշկի աջակցության, մենք կորոշենք՝ կարող եք ստանալ արագ որոշումը, թե ոչ:
 - Եթե մենք որոշենք, որ Ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում փոխհատուցման արագ որոշման համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք: Նաև մենք կօգտվենք ստանդարտ 14 օրացուցային օր (կամ 72 ժամ՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի համար) ժամկետից:
 - Այդ նամակում կասվի, որ, եթե Ձեր բժիշկը դիմի փոխհատուցման արագ որոշման համար, մենք ավտոմատ կերպով կտանք արագ որոշումը:
 - Նամակում նաև կասվի, թե ինչպես կարող եք ուղարկել «արագ բողոք», եթե մենք արագ որոշման փոխարեն տանք Ձեզ ստանդարտ որոշում: Բողոքարկման և արագ բողոքների գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Բաժին J, Էջ՝ 244:

Եթե փոխհատուցման որոշումը Ոչ է, ինչպե՞ս եմ իմանալու դրա մասին:

Եթե պատասխանը **Ոչ է**, մենք նամակ կուղարկենք, որտեղ կնշվեն մեր **Ոչ** ասելու պատճառները:

- Եթե մենք **Ոչ** ասենք, Դուք իրավունք ունեք խնդրել մեզ վերանայել և փոխել որոշումը՝ բողոքարկման միջոցով: Բողոքարկել նշանակում է՝ խնդրել մեզ վերանայել փոխհատուցումը մերժելու մեր որոշումը:
- Եթե որոշեք բողոքարկել, նշանակում է պետք է գնաք բողոքարկման գործընթացի Մակարդակ 1 (լրացուցիչ տեղեկության համար կարդացեք հաջորդ բաժինը):

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



E3. Մակարդակ 1 ծառայությունների, նյութերի և դեղերի (ոչ Մաս D-ի դեղերի) հետ կապված բողոքարկում

Ի՞նչ է բողոքարկումը:

Բողոքարկումը մեր կայացրած որոշումը վերանայելու և այն փոխելու համար դիմումի պաշտոնական ձև է, եթե գտնեք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Եթե Դուք, Ձեր բժիշկը կամ որևէ այլ մատուցող համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել:

Շատ դեպքերում, Դուք պետք է կատարեք 1-ին մակարդակի բողոքարկում: Եթե Դուք չեք ցանկանում առաջին անգամ դիմել Medi-Cal ծառայության ծրագրին, եթե Ձեր առողջական խնդիրը հրատապ է կամ ենթադրում է անհապաղ և լուրջ սպառնալիք Ձեր առողջության համար, կամ եթե Դուք ուժեղ ցավ եք զգում և անհապաղ որոշման կարիք ունեք, կարող եք Կառավարված առողջապահության վարչությունից խնդրել Անկախ բժշկական (Department of Managed Health Care) հետազոտություն անցկացնել՝ www.dmhca.ca.gov: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք 205 էջը: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ, Դուք կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds Program-ի գրասենյակ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով: Cal MediConnect Ombuds Program-ը կապված չէ մեր կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ բժշկական ապահովագրության ծրագրի հետ:

Ի՞նչ է Մակարդակ 1 բողոքարկումը:

Մակարդակ 1 բողոքարկումը առաջին բողոքն է մեր ծրագրի դեմ: Մենք կվերանայենք մեր փոխհատուցման որոշումը՝ համոզվելու համար նրա ճշտագրության մեջ: Վերանայողը կլինի չեզոք մարդ, ով չի մասնակցել նախնական որոշման գործընթացին: Վերանայումը ավարտելուց հետո մենք որոշումը գրավոր ձևով կներկայացնենք Ձեզ:

Եթե վերանայումից հետո ասենք, որ ծառայությունը կամ նյութը չի փոխհատուցվում, Ձեր գործը կանցնի Մակարդակ 2 բողոքարկում:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 1 բողոքարկում

Դուք, Ձեր բժիշկը կամ Ձեր ներկայացուցիչը կարող եք ուղարկել Ձեր բողոքարկումը գրավոր կամ ֆաքսով: Կարող եք նաև դիմել բողոքարկման համար՝ զանգահարելով մեզ:

- Խնդրեք **60 օրացուցային օրվա ընթացքում** բողոքարկվող որոշման համար: Եթե բավարար պատճառներ եք ունեցել ժամկետը բաց թողնելու համար, Դուք դեռևս կարող եք բողոքարկել (անցե՛ք էջ՝ 201):
- Եթե բողոքարկեք, քանի որ մենք Ձեզ ասեցինք, որ ներկայումս ստացվող ծառայությունը կփոխվի կամ կդադարեցվի, **Դուք կունենաք ավելի քիչ օրեր**, բողոքարկելու համար, եթե ցանկանում եք պահել այդ ծառայությունը, մինչդեռ Ձեր բողոքարկումը ընթացքի մեջ է (անցե՛ք էջ՝ 205):
- Շարունակեք կարգալ այս բաժինը, որպեսզի իմանաք, թե ինչ վերջնաժամկետ կունենա Ձեր դիմումը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ինչպե՞ս կարող եմ կատարել Մակարդակ 1 բողոքարկումը:

- Բողոքարկումը սկսելու համար Դուք, Ձեր բժիշկը կամ որևէ այլ մատուցող կամ Ձեր ներկայացուցիչը պետք է կապվեք մեզ հետ: Կարող եք մեզ զանգահարել 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Լրացուցիչ մանրամասների համար, թե ինչպես կարող եք կապվել մեզ հետ բողոքարկումների հետ կապված հարցերով անցե՛ք՝ Գլուխ 2:
- Կարող եք դիմել մեզ «ստանդարտ բողոքարկման» կամ «արագ բողոքարկման» համար:
- Եթե դիմում եք ստանդարտ կամ արագ բողոքարկման համար, դիմումը ներկայացրե՛ք գրավոր ձևով կամ զանգահարելով մեզ:
- Գրավոր հարցումը կարող եք ուղարկել հետևյալ հասցեով.

Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Appeals and Grievances
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

- Ձեր հարցումը առցանց կարող եք ներկայացնել հետևյալ կայքում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
- Բողոքարկման համար կարող եք նաև դիմել՝ զանգահարելով 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):
- Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելուց հետո 5 օրացույցային օրվա ընթացքում Դուք մեզ կից կստանաք նամակ՝ բողոքարկման ստացումը հաստատելու համար:

«Արագ բողոքարկման» իրավաբանական տերմինն է՝ «արագացված վերանայում»:

Կարո՞ղ ե ինչ-որ մեկը իմ փոխարեն բողոքարկել:

Այո: Ձեր բժիշկը կամ այլ մատուցող կարող է բողոքարկել ձեր փոխարեն: Ինչպես նաև, ուրիշ մեկը՝ բացի Ձեր բժշկից կամ մատուցողից կարող է բողոքարկել Ձեր փոխարեն, բայց նախ Դուք պետք է լրացնեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևը: Այս ձևը տվյալ անձին թույլտվություն է տալիս Ձեր անունից գործելու համար:

Ներկայացուցչի նշանակման ձևը ստանալու համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ այցելեք www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf:

Եթե բողոքարկումը ստանում ենք ոչ ձեր, ոչ ձեր բժշկի կամ այլ մատուցողի անունից, ապա մեզ պետք է տրամադրեք ստորագրած Ներկայացուցչի նշանակման ձևը՝ մինչ կվերանայենք բողոքարկումը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Որքա՞ն ժամանակ ունեմ բողոքարկելու համար:

Բողոքարկման համար պետք է **դիմեք 60 օրացուցային օրվա** ընթացքում՝ մեր որոշման մասին նամակը ստանալուց հետո:

Եթե բաց թողնեք այս ժամկետը կամ բավարար հիմքեր ունենաք այն բաց թողնելու համար, մենք կերկարացնենք ձեր բողոքարկման ժամանակը: Բավարար հիմքերի օրինակներ են. Դուք լուրջ հիվանդ եք եղել, կամ մենք սխալ տեղեկություններ ենք տվել Ձեզ բողոքարկման ժամկետի մասին: Դուք պետք է բացատրեք Ձեր բողոքարկման որոշման ուշացման պատճառը:

ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ. Եթե Դուք բողոքարկել եք, որովհետև մենք ասել ենք, որ այն ծառայությունը, որը Դուք այժմ ստանում եք կփոխվի կամ դադարեցվի, ապա **Դուք ավելի քիչ օրեր ունեք բողոքարկման համար**, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը, քանի դեռ Ձեր բողոքն ընթացքի մեջ է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք «Արդյոք իմ նպաստները շարունակում են Մակարդակ 1 բողոքների ժամանակ» 205 էջում:

Կարո՞ղ եմ ստանալ իմ գործի փաստաթղթերի պատճենը:

Այո: Դիմեք մեզ պատճենի համար՝ զանգահարելով Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711):

Կարո՞ղ ե իմ բժիշկը Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել իմ բողոքարկման վերաբերյալ:

Այո, Դուք և Ձեր բժիշկը կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ տալ մեզ՝ Ձեր բողոքարկումը աջակցելու համար:

Ինչպե՞ս ենք մենք կայացնելու բողոքարկման որոշումը:

Մենք ուշադիր ուսումնասիրում ենք Ձեր հարցման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները՝ Այնուհետև, մենք ստուգում ենք՝ արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին **Ոչ** ասելիս: Վերանայողը կլինի չեզոք մարդ, ով չի մասնակցել նախնական որոշման գործընթացին:

Եթե մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ պետք լինեն, մենք կդիմենք Ձեզ կամ Ձեր բժշկին:

Ե՞րբ կունենամ «ստանդարտ» բողոքարկման որոշումը:

Մենք մեր պատասխանը կտանք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո (կամ 7 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի վերաբերյալ բողոքի դեպքում): Մենք ավելի շուտ կտանք որոշման պատասխանը, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս երկար սպասել:

- Եթե մենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում (կամ 7 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի վերաբերյալ բողոքի դեպքում), ապա Ձեր գործը ավտոմատ կերպով կուղարկվի բողոքարկման գործընթացի Մակարդակ 2, եթե ձեր խնդիրը Medicare-ի ծառայության կամ նյութի հետ է: Ձեզ կտեղեկացնեն, երբ դա կատարվի:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Եթե Ձեր խնդիրը Medi-Cal-ի ծառայության կամ նյութի հետ է, Դուք պետք է ներկայացնեք Մակարդակ 2 բողոքարկում: Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Բաժին E4, Էջ՝ 205:

Եթե մեր պատասխանը Այո է, մենք փոխհատուցումը կտրամադրենք 30 օրացուցային օրվա (կամ 7 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի վերաբերյալ բողոքի դեպքում) ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝ Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե Ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare ծածկույթի ծառայությանը կամ պարագային, ապա մենք նամակով Ձեզ կտեղեկացնենք, որ Ձեր գործն ուղարկել ենք Վերանայման անկախ մարմին՝ 2-րդ Մակարդակի Բողոքարկումն ուսումնասիրելու նպատակով: Եթե Ձեր խնդիրը Medi-Cal-ի ծառայության կամ նյութի հետ է, նամակում կասվի, թե ինչպես պետք է ներկայացնեք Մակարդակ 2 բողոքարկում: Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Բաժին E4, Էջ՝ 205:

Ե՞րբ ես կտեղեկանամ «արագ» բողոքարկման պատասխանի մասին:

Երբ դիմում եք արագ բողոքարկման համար, մենք Ձեր պատասխանը տալիս ենք 72 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո: Մենք ավելի շուտ կտանք մեր պատասխանը, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս երկար սպասել:

- Եթե մենք 72 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ հավելյալ օրերի վերջում (եթե վերցնենք դրանք) չտանք Ձեր պատասխանը, Ձեր գործը ավտոմատ կերպով կուղարկվի բողոքարկման գործընթացի Մակարդակ 2, եթե Ձեր խնդիրը Medicare-ի ծառայության կամ նյութի հետ է: Ձեզ կտեղեկացնեն, երբ դա կատարվի:
- Եթե Ձեր խնդիրը Medi-Cal-ի ծառայության կամ նյութի հետ է, Դուք պետք է ներկայացնեք Մակարդակ 2 բողոքարկում: Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Բաժին E4, Էջ՝ 205:

Եթե մեր պատասխանը Այո է՝ Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է տանք փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝ Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե Ձեր խնդիրը Medicare-ի ծառայության կամ նյութի հետ է կապված, նամակում կասվի, որ Ձեր գործն ուղարկվում է Անկախ վերստուգող կազմակերպություն՝ Մակարդակ 2 բողոքարկման համար: Եթե Ձեր խնդիրը Medi-Cal-ի ծառայության կամ նյութի հետ է, նամակում կասվի, թե ինչպես պետք է ներկայացնեք Մակարդակ 2 բողոքարկում: Մակարդակ 2 բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկության համար անցե՛ք Բաժին E4, Էջ՝ 205:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Արդյո՞ք իմ նպաստները կշարունակվեն 1-ին մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում:

Եթե մենք կորոշենք Է փոփոխել կամ դադարեցնել ծառայության կամ պարագայի ապահովագրումը, որը ավելի վաղ հաստատվել է, ապա նախքան քայլեր ձեռնարկելը՝ մենք Ձեզ կուղարկենք ծանուցում այդ մասին: Եթե Դուք չհամաձայնվեք, ապա Դուք կարող եք դիմել Մակարդակ 1 բողոքարկմանը և խնդրել, որ մենք շարունակենք Ձեզ տրամադրել ծառայության կամ ապրանքի համար նպաստները: Դուք պետք է **դիմեք մինչև հետևյալ ժամկետը**, որպեսզի Ձեր նպաստները շարունակվեն:

- Մեր ծանուցման փոստային օրվանից 10 օրվա ընթացքում; **կամ**
- Գործողության՝ ուժի մեջ մտնելու նախատեսված ամսաթվին

Եթե Դուք հասցնեք մինչև վերջնաժամկետը, ապա կարող եք պահպանել բողոքարկված ծառայությունը կամ նյութը, մինչդեռ Ձեր բողոքարկման գործընթացը շարունակվում է:

E4. Մակարդակ 2 Ծառայությունների, նյութերի և դեղերի (ոչ Մաս D-ի դեղերի) հետ կապված բողոքարկում

Եթե ծրագիրը ասում է Ոչ Մակարդակ 1-ում, ի՞նչ է հետո տեղի ունենում:

Եթե մենք ասում ենք **Ոչ** ձեր Մակարդակ 1 բողոքարկման մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Այս նամակում կասվի, արդյոք ծառայությունը կամ նյութը փոխհատուցվում է Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:

- Եթե Ձեր խնդիրը **Medicare-ի** ծառայության կամ նյութի հետ է կապված, Ձեր գործը ավտոմատ կերպով կուղարկվի բողոքարկումների գործընթացի Մակարդակ 2՝ Մակարդակ 1 բողոքարկումը ավարտվելուն պես:
- Եթե Ձեր խնդիրը **Medi-Cal-ի** ծառայության կամ նյութի հետ է, կարող եք ներկայացնել Մակարդակ 2 բողոքարկում: Նամակում կասվի, թե ինչպես դա անել: Տեղեկությունները նաև տրամադրվում են ստորև:

Ի՞նչ է Մակարդակ 2 բողոքարկումը:

Մակարդակ 2 բողոքարկումը դա երկրորդ բողոքարկումն է, որը կատարվում է անկախ կազմակերպության կողմից, որը կապ չունի ծրագրի հետ:

Իմ խնդիրը կապված է Medi-Cal-ի ծառայության կամ նյութի հետ: Ինչպե՞ս կարող եմ կատարել Մակարդակ 2 բողոքարկումը:

Գոյություն ունի երկու եղանակ Մակարդակ 2 բողոքարկում կատարելու համար՝ Medi-Cal-ի ծառայությունների և նյութերի հետ կապված. (1) Բողոք ներկայացնել կամ Անկախ բժշկական վերանայում կամ (2) Նահանգային լսումներ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



(1) Անկախ բժշկական վերանայում

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել կամ դիմել անկախ բժշկական վերանայման համար (IMR) Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչություն Բողոք ներկայացնելով՝ DMHC California-ի կառավարվող առողջապահության վարչություն (California Department of Managed Health Care) -ը կվերանայի մեր որոշումը և որոշում կկայացնի: IMR-ը հասանելի է Medi-Cal կողմից ցանկացած ապահովագրված ծառայության կան պարագայի համար, որը բժշկական բնույթ է կրում: IMR-ը Ձեր գործի վերանայումն է այնպիսի բժիշկների կողմից, ովքեր չեն մտնում մեր ծրագրի մեջ: Եթե IMR-ը որոշվի Ձեր օգտին, մենք պետք է տրամադրենք Ձեզ Ձեր ուզած ծառայությունը կամ կյոթը: Դուք ոչինչ չեք վճարում IMR-ի համար:

Կարող եք բողոք ներկայացնել կամ դիմել IMR-ի համար, եթե մեր ծրագիրը.

- Մերժում, փոխում կամ ուշացում է Medi-Cal-ի ծառայությունը կամ բուժումը, քանի որ մեր ծրագիրը գտնում է այն բժշկական տեսանկյունից ոչ անհրաժեշտ:
- Չի փոխհատուցում Medi-Cal-ի էքսպերիմենտալ կամ հետազոտական բուժումը լուրջ բժշկական իրավիճակի դեպքում:
- Չի վճարում Medi-Cal-ի շտապ կամ անհապաղ ծառայությունների համար, որոնք արդեն ստացել եք:
- Չի լուծել Medi-Cal-ի ծառայության համար կատարած ձեր Մակարդակ 1 բողոքարկումը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ ստանդարտ բողոքարկման կամ 72 ժամվա ընթացքում՝ արագ բողոքարկման դեպքում:

ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ. Եթե Ձեր մատակարարը բողոք է ներկայացրել Ձեզ համար, բայց մենք չենք ստացել Ձեր ներկայացուցչի բողոքի ձևը, ապա Ձեզ հարկավոր է վերաֆինանսավորել Ձեր բողոքարկումը մեզ հետ, նախքան կարող եք դիմել 2-րդ մակարդակի IMR-ի Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությանը:

Կարող եք դիմել IMR-ի համար, եթե նաև դիմել եք Նահանգային օբյեկտիվ լսման համար, բայց ոչ, եթե արդեն միևնույն հարցով ունեցել եք Նահանգային օբյեկտիվ լսումը:

Սովորաբար, Դուք պետք է բողոքարկումը ներկայացնեք մեզ՝ նախքան IMR-ի համար դիմելը: Մեր ծրագրի Մակարդակ 1 բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք էջ՝ 201: Եթե Դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, ապա կարող եք պահանջել, որպեսզի DMHC-ի Տեղեկատվական կենտրոնն Անկախ բժշկական վերանայում իրականացնի:

Եթե Ձեր բուժումը մերժվել է, քանի որ այն էքսպերիմենտալ կամ հետազոտական էր, Դուք չպետք է մասնակցեք մեր ծրագրի բողոքարկման գործընթացին՝ մինչև չդիմեք IMR-ի համար:

Եթե Ձեր խնդիրը շատ հրատապ է և անմիջական կամ լուրջ վտանգ է առաջացնում Ձեր առողջության համար, ապա Դուք այն կարող եք անմիջապես ներկայացնել DMHC-ի ուշադրությանը՝ առանց նախնառաջ անցնելու մեր բողոքարկման գործընթացին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



IMR-ի համար կարող եք դիմել 6 ամսվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկման մասին գրավոր որոշումը ստանալուց հետո: DMHC-ը կարող է ընդունել Ձեր հայտադիմումը 6 ամիս հետո, ելնելով խելամիտ պատճառներից, ինչպիսիք են՝ Ձեր բժշկական վիճակը, որի պատճառով 6 ամսվա ընթացքում Դուք չեք դիմել անկախ բժշկական փորձաքննություն իրականացնելու, կամ Դուք մեզնից չեք ստացել համապատասխան ծանուցում Անկախ բժշկական վերանայման գործընթացի վերաբերյալ:

IMR-ի համար հարցում ներկայացնելու համար.

- Լրացրեք Բողոքների/Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) դիմումի ձևը, որը մատչելի է www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx կայքում կամ զանգահարեք DMHC-ի Օգնության կենտրոն 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TDD օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով:
- Եթե ունեք դրանք, կցեք այն նամակների կամ այլ փաստաթղթերի պատճենները, որոնցով մենք մերժել ենք ծառայությունը կամ նյութը: Սա կարող է արագացնել IMR-ի գործընթացը: Ուղարկեք փաստաթղթերի պատճենները, այլ ոչ բնօրինակները: Օգնության կենտրոնը չի կարող վերադարձնել որևէ փաստաթուղթ:
- Լրացրեք Լիազորված օգնականի ձևը, եթե ինչ-որ մեկն օգնում է Ձեզ IMR-ի հարցում: Ձևը կարող եք ձեռք բերել՝ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx կամ զանգահարեք վարչության օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TDD օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով:
- Փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք Ձեր ձևերը և այլ կցորդները հետևյալ հասցեին՝

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱԶՍ. 916-255-5241

Եթե Դուք համապատասխանում եք IMR-ին, ապա DMHC-ը կվերանայի Ձեր գործը և 7 օրվա ընթացքում Ձեզ նամակ կգրի՝ ասելով, որ Դուք արժանի եք IMR-ին: Ձեր հայտի և աջակցության փաստաթղթերի ընդունումից հետո IMR-ի որոշումը կկայացվի 30 օրվա ընթացքում ընթացքում, եթե Ձեր գործը հրատապ է: Դուք պետք է ստանաք IMR որոշումը լրացված հայտի ներկայացումից հետո 45 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Դուք համապատասխանում եք IMR-ին, ապա DMHC-ը կվերանայի Ձեր գործը և 2 օրվա ընթացքում Ձեզ նամակ կգրի՝ ասելով, որ Դուք արժանի եք IMR-ին: Ձեր հայտի և աջակցության փաստաթղթերի ընդունումից հետո IMR-ի որոշումը կկայացվի 3 օրվա ընթացքում ընթացքում, եթե Ձեր գործը հրատապ է: Դուք պետք է ստանաք IMR որոշումը լրացված հայտի ներկայացումից հետո 7 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե IMR-ի արդյունքները չեն բավարարում Ձեզ, Դուք դեռևս կարող եք դիմել Նահանգային օբյեկտիվ լսման համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



IMR-ը կարող է ավելի երկար տևել, եթե DMHC-ը չի ստանում Ձեր կամ Ձեր բուժող բժշկի կողմից անհրաժեշտ բոլոր բժշկական փաստաթղթերը: Եթե ակցելում եք բժշկի, ով Ձեր առողջության ծրագրի ցանցում չէ, կարևոր է, որ ստանաք և ուղարկեք մեզ Ձեր բժշկական փաստաթղթերը այդ բժշկի կողմից: Ձեր առողջության ծրագիրը պահանջվում է Ձեր բժշկական փաստաթղթերի պատճենները ստանալ ցանցում գտնվող բժիշկներից:

Եթե DMHC-ը որոշում է, որ Ձեր գործը իրավունք չունի անցնել անկախ բժշկական փորձաքննություն, ապա Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտը կվերանայի Ձեր գործը կանոնավոր սպառողների բողոքների գործընթացի միջոցով: Ձեր բողոքը պետք է լուծվի լրացված հայտը ներկայացնելու պահից 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե Ձեր բողոքը անհետաձգելի է, այն ավելի շուտ կլուծվի:

(2) Նահանգային Լսում

Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայությունների և պարագաների համար Դուք կարող եք ցանկացած պահին պահանջել Նահանգային լսում: Եթե Ձեր բժիշկը կամ որևէ այլ մատուցող խնդրի այնպիսի ծառայություն կամ նյութ, որը մենք չհաստատենք, կամ, եթե մենք այլևս չվճարենք ծառայության կամ նյութի համար, որն արդեն տրամադրվել է Ձեզ, Դուք իրավունք ունեք պահանջել Նահանգային օբյեկտիվ լսում:

Սովորաբար, **Նահանգային օբյեկտիվ լսում պահանջելու համար Դուք 120 օր ունեք՝ «Լսման Ձեր իրավունքների»** ծանուցումը Ձեզ ուղարկելուց հետո:

ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ. Եթե Դուք խնդրել եք Նահանգային օբյեկտիվ լսում, որովհետև մենք ասել ենք, որ այն ծառայություն, որն այժմ ստանում եք կփոխվի, կամ կդադարի, ապա **Դուք ավելի քիչ օր ունեք խնդրանք ներկայացնելու համար**, եթե Դուք ուզում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը, քանի դեռ Ձեր Նահանգային օբյեկտիվ լսումն ընթացքի մեջ է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք «Արդյոք իմ նպաստները շարունակում են Մակարդակ 2 բողոքների ժամանակ»՝ 210 էջում:

Նահանգային օբյեկտիվ լսում խնդրելու երկու եղանակ կա.

1. Կարող եք լրացնել «Նահանգային օբյեկտիվ լսման հարցում» ձևը՝ հայցի ծանուցման ետևի մասում: Դուք պետք է տրամադրեք բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները, ինչպես օրինակ՝ Ձեր անուն, ազգանունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, ծրագրի անունը կամ վարչաշրջանը, որտեղ հայցը հարուցվել է Ձեր դեմ, ներգրավված օգնության ծրագիր(ներ)ը և մանրամասն պատճառը, թե ինչու եք պահանջում լսումը: Ապա պետք է Ձեր հարցումն ուղարկեք հետևյալ եղանակներից մեկի միջոցով.

- Վարչաշրջանի կոմունալ բաժին՝ ծանուցման վրա նշված հասցեով.
- California-ի սոցիալական ծառայությունների վարչություն (California Department of Social Services):
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Նահանգային լուծման թափանցիկ հետևյալ ֆաքսի համարներով՝ 916-651-5210 կամ 916-651-2789:

2. Կարող եք զանգահարել California-ի Սոցիալական Ծառայությունների Դեպարտամենտ (California Department of Social Services) 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349: Եթե որոշել եք խնդրել Նահանգային օբյեկտիվ լուծման հեռախոսով, Դուք պետք է տեղյակ լինեն, որ հեռախոսագծերը շատ զբաղված են:

Իմ խնդիրը կապված է Medicare-ի ծառայության կամ նյութի հետ: Ի՞նչ է տեղի ունենալու Մակարդակ 2 բողոքարկման ժամանակ:

Մակարդակ 1-ի որոշումը մանրամասն կուսումնասիրվի Անկախ վերստուգող կազմակերպության (IRE) կողմից և կորոշվի, արդյոք այն պետք է փոխվի:

- Դուք չպետք է դիմեք Մակարդակ 2 բողոքարկման համար: Բոլոր մերժումները (ամբողջությամբ կամ մասնակի) ավտոմատ կերպով կուղարկվեն Անկախ վերստուգող կազմակերպությանը: Ձեզ կտեղեկացնեն, երբ դա կատարվի:
- Անկախ վերստուգող կազմակերպությունը վճարվում է Medicare-ի կողմից և կապ չունի այս ծրագրի հետ:
- Դուք կարող եք խնդրել փաստաթղթերի պատճենը՝ զանգահարելով Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 մինչև 20:00 p.m., շաբաթը և օր:

Անկախ վերստուգող կազմակերպությունը ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկմանը կպատասխանի 30 օրացուցային օրվա (կամ 7 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի վերաբերյալ բողոքի դեպքում): Ընթացքում՝ ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո: Այս օրենքը կիրառելի է, եթե բողոքարկումն ուղարկում եք մինչև բժշկական ծառայությունները կամ նյութերը ստանալը:

- Ինչևիցե, եթե Անկախ վերստուգող կազմակերպությանը հարկավոր լինեն լրացուցիչ տեղեկություններ, որը կարվի ի օգուտ Ձեզ, դա կարող է տևել մինչև 14 օրացուցային օր: Եթե որոշումը կայացնելու համար IRE-ին անհրաժեշտ լինի հավելյալ օրեր, այն կտեղեկացնի Ձեզ նամակով: IRE-ը չի կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե Ձեր բողոքարկումը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով նախատեսված դեղի համար:

Եթե Դուք կատարել եք «արագ բողոքարկում» Մակարդակ 1-ում, ապա Մակարդակ 2-ում նույնպես ավտոմատ կերպով կունենաք արագ բողոքարկում: Վերանայող կազմակերպությունը կպատասխանի ձեզ 72 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:

- Ինչևիցե, եթե Անկախ վերստուգող կազմակերպությանը հարկավոր լինեն լրացուցիչ տեղեկություններ, որը կարվի ի օգուտ Ձեզ, դա կարող է տևել մինչև 14

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



օրացուցային օր: Եթե որոշումը կայացնելու համար IRE-ին անհրաժեշտ լինի հավելյալ օրեր, այն կտեղեկացնի Ձեզ նամակով: IRE-ը չի կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե Ձեր բողոքարկումը նախատեսված է Medicare Մաս B դեղատոմսով:

Կշարունակվե՞ն արդյոք իմ նպաստները Մակարդակ 2 բողոքարկման ընթացքում:

Եթե Ձեր խնդիրը կապված է Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայության կամ նյութի հետ, դրանց հետ կապված ձեր նպաստները չեն շարունակվի Մակարդակ 2 բողոքարկման ընթացքում, որը վերանայվելու է Անկախ վերստուգող կազմակերպության կողմից:

Եթե Ձեր խնդիրը կապված է Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայության կամ նյութի հետ և Դուք դիմել եք Նահանգային օբյեկտիվ լսման համար, այդ ծառայության կամ նյութի հետ կապված նպաստները կշարունակվեն մինչև լսման որոշումը կայացվի: Դուք պետք է դիմեք լսման համար **մինչև հետևյալը Ձեր նպաստների ստացումը ժարունակելու համար՝**

- Մեր ծանուցման փոստային օրվանից 10 օրվա ընթացքում, որ նպաստի սահմանումը (1-ին աստիճանի բողոքարկման որոշումը) բավարարվել է **կամ**
- Գործողության՝ ուժի մեջ մտնելու նախատեսված ամսաթվին

Եթե մենք որոշենք փոխել կամ դադարեցնել նախկինում հաստատված ծառայությունը, մենք կուղարկենք Ձեզ ծանուցագիր նախքան ակցիան:

Ինչպե՞ս կիմանամ որոշման մասին:

Եթե Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկումը եղել է Անկախ բժշկական վերանայման միջոցով, Վերահսկվող բուժօգնության բաժանմունքը (Department of Managed Health Care) Ձեզ նամակ կուղարկի, որտեղ կմեկնաբանվի բժիշկների կողմից կայացրած որոշումը, ովքեր վերանայել են Ձեր գործը:

- Եթե Անկախ բժշկական վերանայման որոշումը **Այո Է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է տրամադրենք ծառայությունը կամ բուժումը:
- Եթե Անկախ բժշկական վերանայման որոշումը **Ոչ Է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, դա նշանակում է նրանք համաձայն են Մակարդակ 1-ի որոշման հետ: Դուք դեռևս կարող եք ունենալ Նահանգային օբյեկտիվ լսում: Նահանգային օբյեկտիվ լսման մասին մանրամասների համար անցեք էջ 208:

Եթե Ձեր 2-րդ Մակարդակի Բողոքարկումը կատարվել է Նահանգային լսման միջոցով, ապա California-ի Սոցիալական Ծառայությունների Դեպարտամենտը (California Department of Social Services) նամակով ձեզ կտեղեկացնի իր կողմից կայացրած որոշման մասին:

- Եթե Նահանգային օբյեկտիվ լսման որոշումը **Այո Է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է հետևենք որոշմանը: Մենք պետք է կատարենք

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Նկարագրված գործողություն(ներ)ը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ որոշումը ստանալուց հետո:

- Եթե Նահանգային օբյեկտիվ լսման որոշումը **Ոչ** է՝ Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, դա նշանակում է նրանք համաձայն են Մակարդակ 1-ի որոշման հետ: Մենք կարող ենք դադարեցնել Ձեր ստացած վճարվող օգնությունները:

Եթե Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկումը անցել է Medicare-ի Անկախ վերանայման կազմակերպությանը IRE, կարող եք նորից բողոքարկել միայն, եթե Ձեր ուզած ծառայության կամ նյութի դոլարային արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույն գումարի:

- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը IRE ասում է **Այո** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է թույլատրենք բուժօգնության փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում կամ տրամադրենք Ձեզ ծառայությունը կամ նյութը 14 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ IRE-ի որոշումը ստանալուց հետո: Եթե Դուք արագ բողոք ունեք, մենք պետք է լիազորենք բժշկական խնամքի ծառայությանը կամ IRE որոշումը ստանալուց 72 ժամվա ընթացքում Ձեզ ծառայություն մատուցենք:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) ասում է **Այո**՝ Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, ապա մենք IRE ստանալուց հետո պետք է թույլատրենք կամ տանք Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղի փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում՝ որոշումը ստանալուց հետո: Եթե Դուք արագ բողոք ունեք, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք Medicare Մաս B դեղատոմսով դեղը IRE որոշումը ստանալուց 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե Անկախ բժշկական վերանայման կազմակերպությունը IRE ասում է **Ոչ** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, դա նշանակում է նրանք համաձայն են Մակարդակ 1-ի որոշման հետ: Սա կոչվում է «ընդունել որոշումը»: Այն նաև կոչվում է «մերժել բողոքարկումը»:

Եթե որոշումը Ոչ է՝ իմ խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, կարո՞ղ եմ նորից բողոքարկել:

Եթե Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկումը եղել է Անկախ բժշկական վերանայում, կարող եք դիմել Նահանգային օբյեկտիվ լսման համար: Նահանգային օբյեկտիվ լսման մասին մանրամասների համար անցեք էջ 208:

Եթե Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկումը եղել է Նահանգային օբյեկտիվ լսում, կարող եք դիմել վերալսման համար 30 օրվա ընթացքում՝ որոշումը ստանալուց հետո: Կարող եք նաև դիմել Նահանգային օբյեկտիվ լսման որոշման մերժման հետ կապված իրավական վերանայման համար՝ խնդրագիր ներկայացնելով Գերագույն դատարան (Քաղաքացիական ընթացակարգային օրենսգրքի Բաժին 1094.5-ի շրջանակներում) որոշումը ստանալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում: Դուք չեք կարող դիմել IMR-ի համար, եթե արդեն նույն հարցով ունեցել եք Նահանգային օբյեկտիվ լսում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Եթե Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկումը անցել է Medicare-ի Անկախ վերանայման կազմակերպությանը IRE, կարող եք նորից բողոքարկել միայն, եթե ձեր ուզած ծառայության կամ նյութի դոլարային արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույն գումարի: IRE-ից ստացած նամակում բացատրված կլինեն բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքներ:

Բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին լրացուցիչ մանրամասների համար անցե՛ք՝ այս գլխի Բաժին I, էջ՝ 243:

E5. Խնդիրներ վճարումների հետ

Մենք չենք թույլատրում մեր մատակարարներին ձեզնից գումար գանձել՝ ապահովագրված ծառայությունների կամ իրերի համար: Սա է իրականությունը նույնիսկ, եթե մենք մատակարարին ավելի քիչ ենք վճարում, քան նա գանձում է ապահովագրված ծառայությունների կամ իրերի համար: Դուք երբեք չեք պարտավորվում վճարել հավասարակշռության ցանկացած օրինագծի համար: Միակ գումարը, որ Դուք պետք է վճարեք բրենդային և ջեներիկ դեղերի համար համավճարն է:

Եթե Դուք ստանում եք վճարման հաշիվ, որը ավելի է քան Ձեր ծառայությունների և ապրանքների համավճարը, ապա ուղարկեք հաշիվը մեզ: **Դուք չպետք է վճարեք հաշիվն ինքներդ:** Մենք կկապվենք մատակարարին ուղղակիորեն և հոգ կտանենք այդ խնդրի մասին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, սկսեք կարդալ Գլուխ 7: Ինչպե՞ս դիմել Ձեր ստացած փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի վճարումը կատարելու կամ այն կիսելու համար: Գլուխ 7-ում նկարագրվում է այնպիսի իրավիճակները, որոնցում Դուք կարող եք մեզնից պահանջել փոխհատուցել կամ վճարել մատակարարից ստացված հաշիվը: Նաև ասվում է, թե ինչպես ուղարկել մեզ վճարումը կատարելու համար փաստաթղթերը:

Ինչպե՞ս կարող եմ խնդրել ծրագրին ետ վճարել ծրագրի կողմից վճարվող չափաբաժինը այն ծառայությունների կամ նյութերի համար, որոնց համար ես վճարել եմ:

Հիշեք, եթե Դուք ստանում եք հաշիվ, որն ավել է Ձեր ապահովագրված ծառայությունների և ապրանքների համավճարից, ապա Դուք չպետք է վճարել հաշիվն ինքներդ: Սակայն, եթե Դուք վճարել եք այդ հաշվի գումարը, ապա կստանաք փոխհատուցում՝ հետևելով ծառայություններ և իրեր ստանալու կանոններին:

Եթե խնդրում ենք ետ վճարման համար, Դուք խնդրում եք փոխհատուցման որոշման համար: Մենք կորոշենք, ներառված է, արդյոք, այն ապահովագրված ծառայությունը կամ պարագան, որի համար Դուք վճարել եք, ինչպես նաև կստուգենք, հետևել եք Դուք, արդյոք, Ձեր ապահովագրության վերաբերյալ բոլոր կանոններին:

- Եթե Ձեր ծառայությունը և ապրանքը փոխհատուցվող է և Դուք հետևել եք բոլոր օրենքներին, մենք կուղարկենք Ձեզ վճարման մեր չափաբաժինը 60 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Ձեր հարցումը ստանալուց հետո:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Կամ, եթե չեք վճարել ծառայության կամ նյութի համար, մենք վճարումը անմիջապես կուղարկենք մատուցողին: Եթե մենք ուղարկում ենք վճարումը, դա նույնն է, եթե ասենք **Այո՝** Ձեր փոխհատուցման որոշման հարցման համար:
- Եթե ծառայությունը և ապրանքը չի փոխհատուցվում կամ, եթե չեք հետևել օրենքներին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, որտեղ կասվի, որ մենք չենք վճարելու ծառայության կամ նյութի համար և կբացատրենք թե ինչու:

Ի՞նչ կլինի, եթե մենք ասենք որ չենք վճարելու:

Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, **Դուք կարող եք բողոքարկել:** Հետևե՛ք Բաժին E3-ում՝ Էջ 201 նկարագրված բողոքարկման գործընթացին: Այս հրահանգներին հետևելիս՝ հաշվի առեք.

- Եթե վերադարձման համար դիմում եք ներկայացնում, մենք մեր պատասխանը կտանք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:
- Եթե խնդրում եք ետ վճարել Ձեզ ծառայության և ապրանքի համար, որն արդեն ստացել եք և ինքներդ եք վճարել, Դուք չեք կարող դիմել արագ բողոքարկման համար:

Եթե Ձեր բողոքարկմանը պատասխանենք **Ոչ**, բայց ծառայությունը կամ նյութը սովորաբար փոխհատուցվում է Medicare-ի կողմից, ձեր գործն ավտոմատ կերպով կուղարկվի Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRE): Երբ սա տեղի ունենա, մենք Ձեզ կտեղեկացնենք նամակով:

- Եթե IRE-ը պահպանի մեր որոշումը և ասի, որ մենք պետք է վճարենք Ձեզ, մենք պետք է վճարումը ուղարկենք Ձեզ կամ մատուցողին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե Ձեր բողոքարկման պատասխանը **Այո** է՝ բողոքարկումների ցանկացած փուլին Մակարդակ 2-ից հետո, մենք պետք է ուղարկենք Ձեր խնդրած վճարումը Ձեզ կամ մատուցողին 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե IRE-ը ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը, նշանակում է նրանք համաձայն են մեր որոշման հետ և Ձեր հարցումը չի բավարարվի: (Սա կոչվում է «ընդունել որոշումը»: Այն նաև կոչվում է «մերժել բողոքարկումը»:) Ձեր ստացած նամակում կբացատրվեն բողոքարկման Ձեր լրացուցիչ իրավունքները: Դուք նորից կարող եք բողոքարկել, եթե միայն Ձեր ուզած ծառայության կամ նյութի դոլարային արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույն գումարին: Բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին լրացուցիչ մանրամասների համար անցե՛ք՝ այս գլխի Բաժին I, Էջ՝ 243:

Եթե Ձեր բողոքարկմանը պատասխանել ենք **Ոչ**, բայց ծառայությունը կամ նյութը սովորաբար փոխհատուցվում է Medi-Cal-ի կողմից, կարող եք ներկայացնել Մակարդակ 2 բողոքարկում (անցե՛ք այս գլխի Բաժին E4, Էջ՝ 205):

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



F. Մաս D-ի դեղերը

F1. Ի՞նչ պետք է անել, եթե խնդիր ունեք Մաս D-ի դեղերը ստանալու հետ կապված կամ ուզում եք, որ մենք ետ վճարենք Ձեզ Մաս D-ի դեղի համար

Որպես ծրագրի անդամ՝ Ձեր նպաստների մեջ մտնում է բազմաթիվ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի փոխհատուցումը: Այս դեղերից շատերը «Մասի D-ի դեղեր են»: Քիչ դեղեր կան, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի Մաս D-ով, բայց դրանք կարող է փոխհատուցել Medi-Cal-ը: **Այս բաժինը վերաբերվում է միայն Մաս D-ի հետ կապված բողոքարկումներին:**

Փոխհատուցվող Դեղերի ցանկում ներառված են որոշ «NPD»-ով դեղեր: Այս դեղերը **չեն** մտնում Մաս D-ի մեջ: «NPD» դեղամիջոցի վերաբերյալ բողոքարկման կամ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումները հետևում են գործընթացին Բաժին E-ում, էջ՝ 197.

Կարո՞ղ եմ դիմել փոխհատուցման որոշման համար կամ բողոքարկել Մաս D-ի դեղերի հետ կապված հարցով:

Այո: Ահա փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների օրինակներ, որոնք Դուք կարող եք խնդրել մեզ ընդունել Ձեր Մաս D դեղերի համար՝

- Կարող եք խնդրել մեզ բացառություն անել, ինչպես օրինակ.
 - Դուք ուզում եք խնդրել մեզ՝ փոխհատուցել Մաս D-ի դեղի համար, որը չի մտնում ծրագրի Փոխհատուցվող Դեղերի ցանկի մեջ
 - Խնդրել մեզ հանել որևէ դեղի համար փոխհատուցման վրա դրված սահմանափակումը (ինչպես օրինակ՝ դեղի քանակության վրա դրված սահմանափակումը)
- Հարցնեք, արդյոք դեղը փոխհատուցվում է Ձեզ համար (օրինակ, երբ Ձեր դեղը գտնվում է ծրագրի Դեղերի ցանկում, բայց հարկավոր է, որպեսզի ստանաք նախնական հաստատում մեր կողմից՝ մինչ կկարողանանք փոխհատուցել այն):

ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ. Եթե դեղատոմսը տեղեկացնում է, որ տվյալ դեղատոմսով Ձեզ դեղ չի կարող տրամադրվել, ապա Դուք կստանաք ծանուցում, որը նկարագրում է, թե ինչպես դիմել մեզ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով:

- Դուք խնդրում եք մեզ վճարել դեղատոմսով դուրս գրվող դեղի համար, որի համար Դուք արդեն վճարել եք: Սա նշանակում է խնդրել վճարման փոխհատուցման որոշման համար:

Մաս D-ի դեղերի համար փոխհատուցվող **որոշման իրավական տերմինը**
«փոխհատուցման սահմանումն է»:

Եթե համաձայն չեք մեր կատարած փոխհատուցման որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժնում նկարագրված է, թե ինչպես դիմել փոխհատուցման որոշումների համար **և** թե ինչպես բողոքարկել:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Ստորև բերված աղյուսակը Ձեզ կօգնի որոշել, թե Ձեր իրավիճակը, որ մասում է ներկայացված:

Այս իրավիճակներից որո՞ւմ եք Դուք գտնվում:

Ձեզ արդյոք պետք է դեղ, որը չի գտնվում մեր Դեղերի ցանկում, թե ուզում եք, որպեսզի մենք հրաժարվենք որևէ փոխհատուցվող դեղի կանոնից կամ սահմանափակումից:	Դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցում տրամադրենք Դեղերի ցանկում ընդգրկված դեղի համար և կարծում եք, որ պահպանել եք Ձեզ անհրաժեշտ դեղի նկատմամբ ծրագրի կողմից կիրառվող բոլոր կանոնները և սահմանափակումները (օրինակ՝ նախօրոք համաձայնություն ստանալու պահանջը):	Դուք ցանկանում եք մեզնից փոխհատուցում խնդրել դեղի համար, որն արդեն ստացել կան գնել եք:	Մենք արդեն Ձեզ տեղեկացրել ենք, որ փոխհատուցում չենք տրամադրելու կամ չենք վճարելու դեղի համար այնպես, ինչպես Դուք եք ցանկանում:
Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք բացառություն անենք: (Սա փոխհատուցվող որոշման տեսակ է):	Կարող եք դիմել փոխհատուցման որոշման համար:	Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք հետ վճարենք Ձեզ: (Սա փոխհատուցվող որոշման տեսակ է):	Դուք կարող եք բողոքարկել խնդրում եք մեզ վերանայել:)
Սկսեք այս գլխի Բաժին F2-ից`</b> էջ 216: Նաև անցեք՝ <b>Բաժիններ F3-ի և F4-ի հետ` էջեր 217 և 218:	Շարունակեք դեպի այս գլխի Բաժին F4` էջ 218:	Շարունակեք դեպի այս գլխի Բաժին F4` էջ 218:	Շարունակեք դեպի այս գլխի Բաժին F5` էջ 222:

F2. Ո՞րն է բացառությունը:

Բացառությունը թույլտվություն է հանդիսանում փոխհատուցելու այն դեղի համար, որը սովորաբար մեր Դեղերի ցանկում չէ կամ օգտագործելու դեղը առանց որոշակի կանոնների և սահմանափակումների: Եթե դեղը ներառված չէ Դեղերի ցանկում կամ դրա համար փոխհատուցումը չի տրամադրվում Ձեզ համար ցանկալի ձևով, ապա Դուք կարող եք մեզ դիմել «բացառություն» անելու խնդրանքով:

Երբ դիմում եք բացառության համար, Ձեր բժիշկը կամ դեղ դուրս գրողը պետք է բացատրեն բժշկական պատճառները, թե ինչու է Ձեզ բացառություն պետք:

Ահա բացառությունների մի քանի օրինակ, որոնք Դուք, Ձեր բժիշկը կամ դեղ դուրս գրողը կարող եք խնդրել մեզ կատարել.

1. Փոխհատուցում տրամադրել Մաս D-ի դեղի համար, որը չի պարունակվում մեր Դեղերի ցանկ:
 - Եթե մենք համաձայնվեք բացառություն անել և փոխհատուցենք դեղը, որը չի մտնում մեր Դեղերի ցանկի մեջ, Դուք պետք է վճարեք ծախսերի համաօգտագործման Ձեր բաժինը, որը վերաբերվում է 3 աստիճանի բրենդային և 2 աստիճանի ջեներիկ դեղերի շարքին:
 - Դուք չեք կարող դիմել բացառություն անելու խնդրանքով հավելավճարի կամ համատեղ ապահովագրության գումարի համար, որը մենք պահանջում ենք, որպեսզի դուք վճարեք դեղի համար:
2. Ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված դեղի նկատմամբ կիրառվող սահմանափակման չեղարկում: Գոյություն ունեն հավելյալ կանոններ և սահմանափակումներ, որոնք վերաբերվում են մեր Դեղերի ցանկի որոշ դեղերին (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք Գլուխ 5-ի Բաժին C):
 - Որոշ դեղերի համար տրամադրվող փոխհատուցման լրացուցիչ կանոններն ու սահմանափակումները ներառում են հետևյալը՝
 - Ստանաք ծրագրի հաստատումը՝ նախքան դեղի փոխհատուցումը: (Սա կոչվում է «նախնական լիազորում»):
 - Պետք է նախ փորձեք այլ դեղ՝ նախքան մենք կհամաձայնվենք փոխհատուցել Ձեր ուզած դեղը: (Սա կոչվում է «փուլային թերապիա»):
 - Զանակի սահմանափակումներ: Որոշ դեղերի համար ծրագիրը սահմանափակում է դեղի քանակությունը:
 - Եթե մենք համաձայնվում ենք բացառություն անել և հանում ենք սահմանափակումը Ձեզ համար, Դուք դեռևս կարող եք խնդրել համավճարի բացառության համար, որը Դուք պետք է վճարեք դեղի համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Դեղի փոխհատուցման վրա դրված սահմանափակումը հեռացնելու համար իրավական տերմինը երբեմն կոչվում է «բացառություն տեղեկատուից»:

F3. Կարևոր բաներ, որոնք պետք է իմանաք՝ բացառությունների համար խնդրելիս

Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղեր դուրս գրող պետք է ասի մեզ բժշկական պատճառները

Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղեր դուրս գրող պետք է հայտարարագիր ներկայացնի՝ բացատրելով բացառություն խնդրելու բժշկական պատճառները: Բացառության համար մեր որոշումը ավելի արագ կլինի, եթե ներառեք այս տեղեկությունները Ձեր բժշկի կամ դեղը դուրս գրողի կողմից՝ բացառություն խնդրելիս:

Սովորաբար, մեր Դեղերի ցանկում ներառված է որոշակի հիվանդության բուժման համար մեկից ավելի դեղ: Սրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր: Եթե այլընտրանքային դեղը ավելի արդյունավետ կլինի, քան Ձեր ուզած դեղը և ավելի քիչ կողմնակի արդյունքներ կամ այլ խնդիրներ կառաջացնի, մենք չենք հաստատի ձեր խնդրանքը բացառության համար:

Ձեր բացառության խնդրանքին մենք կպատասխանենք Այո կամ Ոչ

- Եթե ասենք **Այո** Ձեր բացառության խնդրանքին, բացառությունը սովորաբար տևում է մինչև օրացուցային տարվա վերջ: Սա կգործի այնքան, քանի դեռ Ձեր բժիշկը դուրս է գրում Ձեզ համար դեղը և դեղը դեռևս անվտանգ և արդյունավետ է Ձեր բուժման համար:
- Եթե ասենք **Ոչ** Ձեր բացառության խնդրանքին, Դուք կարող եք որոշման վերանայում խնդրել՝ բողոքարկման միջոցով: Բաժին F5-ում՝ Էջ 222, նկարագրված է, թե ինչպես բողոքարկել, եթե ասում ենք **Ոչ**:

Հաջորդ բաժնում ասված է, թե ինչպես դիմել փոխհատուցման որոշման համար՝ ներառելով բացառությունը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



F4. Ինչպե՞ս դիմել Մաս D-ի դեղի համար փոխհատուցման որոշման համար կամ Մաս D-ի դեղի համար գումարի փոխհատուցման համար, ներառյալ բացառությունը

Ի՞նչ անել

- Հարցրե՛ք փոխհատուցման որոշման տեսակների մասին: Ձեր խնդրանքը ներկայացնելու համար զանգահարեք, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ: Դուք, Ձեր բժիշկը (կամ այլ դուրս գրող) կամ որևէ մեկը կարող է անել դա: Կարող եք մեզ զանգահարել 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):
- Դուք, Ձեր բժիշկը (կամ այլ դուրս գրող) կամ որևէ մեկը, ով գործում է Ձեր անունից, կարող է դիմել փոխհատուցման որոշման համար: Կարող եք նաև դիմել փաստաբանի օգնությանը՝ Ձեր անունից գործելու համար:
- Կարդացե՛ք Բաժին D-ն՝ Էջ 193 պարզելու համար ինչպես լիազորել ինչ-որ մեկին որպես Ձեր ներկայացուցիչ գործելու համար:
- Ձեր բժշկին կամ այլ դուրս գրողի կարիք չկա գրավոր թույլտվություն տալ Ձեր անունից փոխհատուցման որոշումը խնդրելու համար:
- Եթե ուզում եք, որպեսզի մենք Ձեզ ետ վճարենք դեղի գումարը, կարդացե՛ք այս ձեռնարկի Գլուխ 7-ը: Գլուխ 7-ում կգտնեք այն իրավիճակները, որտեղ Դուք կկարողանաք գումարի փոխհատուցում պահանջել: Նաև ասվում է, ինչպես ուղարկել մեզ փաստաթղթերը՝ գումարը ետ վճարելու կամ արժեքի մեր չափաբաժինը ետ վճարելու համար, եթե Դուք արդեն վճարել եք դեղի համար:
- Եթե բացառություն եք խնդրում, տրամադրեք «աջակցող հայտարարություն»: Ձեր բժիշկը կամ այլ դուրս գրող պետք է տրամադրեն մեզ բացառության բժշկական պատճառները: Սա կոչվում է «աջակցող հայտարարություն»:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս դիմել դեղի վճարման համար փոխհատուցման որոշման համար:

Փոխհատուցման որոշման համար դիմելու համար զանգահարեք, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ կամ խնդրեք Ձեր ներկայացուցչին դիմել որոշման համար: Մենք սովորական փոխհատուցման որոշման պատասխանը կտանք 72 ժամվա ընթացքում: Մենք Ձեզ կպատասխանենք կամ կփոխհատուցենք Մաս D-ի դեղը, որի համար Դուք արդեն վճարել եք՝ 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե բացառություն եք խնդրում, ապա ներառեք աջակցող հայտարարություն Ձեր ներկայացուցչից կամ բժշկից:
- Դուք, Ձեր բժիշկը կամ այլ դուրս գրող կարող եք դիմել արագ որոշման համար: (Արագ որոշումները սովորաբար արվում են 24 ժամվա ընթացքում:)
- Կարդացե՛ք այս բաժինը՝ համոզվելու համար, որ Դուք կարող եք դիմել արագ որոշման համար: Կարդացե՛ք սա որոշման վերջնաժամկետի մասին տեղեկության համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Ձեր բժիշկը կամ այլ դուրս գրող կարող են փոստով կամ ֆաքսով ուղարկել մեզ հայտարարագիրը: Կամ Ձեր բժիշկը կամ այլ դուրս գրող կարող են զանգահարել մեզ, ապա ֆաքսով կամ փոստով ուղարկել հայտարարագիրը:

Եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս, դիմեք մեզ «փոխհատուցման արագ որոշման» համար:

Սովորաբար մենք օգտագործում ենք «ստանդարտ ժամկետներ», եթե չենք համաձայնվել օգտագործել «արագ ժամկետներ»:

- **Փոխհատուցման ստանդարտ որոշում** նշանակում է, որ պատասխանը կստանաք 72 ժամկա ընթացքում՝ Ձեր բժշկի հայտարարագիրը ստանալուց հետո:
- **Փոխհատուցման արագ որոշում** նշանակում է՝ պատասխանը կստանաք 24 ժամկա ընթացքում:

«Փոխհատուցման արագ որոշման» իրավաբանական տերմինն է՝ «փոխհատուցման արագացված սահմանում»:

Փոխհատուցման արագ որոշում կարող եք ստանալ միայն, եթե խնդրում եք այնպիսի դեղի համար, որը դեռ չեք ստացել: (Դուք չեք կարող ստանալ փոխհատուցման արագ որոշում, եթե խնդրում եք մեզ ետ վճարել այնպիսի դեղի համար, որն արդեն գնել եք:)

Փոխհատուցման արագ որոշում կարող եք ստանալ միայն, եթե ստանդարտ վերջնաժամկետը կարող է լրջորեն վնասել Ձեր առողջությունը կամ Ձեր ֆունկցիոնալության հնարավորությունը:

Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ դուրս գրող ասի, որ ձեր առողջական վիճակի համար պահանջվում է «փոխհատուցման արագ որոշում», մենք ավտոմատ կերպով կհամաձայնվենք արագ որոշմանը և այդ մասին կտեղեկացնենք Ձեզ նամակով:

- Եթե Դուք ինքներդ եք դիմում փոխհատուցման արագ որոշման համար (առանց Ձեր բժշկի կամ այլ դուրս գրողի աջակցության), մենք կորոշենք՝ կարող եք ստանալ արագ փոխհատուցման որոշումը, թե ոչ:
- Եթե մենք որոշենք, որ Ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում արագ փոխհատուցման պահանջներին, ապա մենք Ձեզ նամակով կտեղեկացնենք այդ մասին:
 - Եթե պատասխանը Ոչ է, մենք նամակ կուղարկենք, որտեղ կնշվեն մեր Ոչ ասելու պատճառները: Նամակում ասված կլինի՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը Ձեզ ստանդարտ որոշում տալու համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Կարող եք ուղարկել «արագ բողոք» և ստանալ որոշումը 24 ժամվա ընթացքում: Բողոքարկման և արագ բողոքների գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Բաժին J, Էջ՝ 244:

«Ինչպե՞ս դիմել փոխհատուցման» արագ որոշման համար.

- Արագ ժամկետների դեպքում մենք պետք է պատասխանենք Ձեզ 24 ժամվա ընթացքում: Սա նշանակում է 24 ժամ՝ Ձեր հարցումը ստանալուց հետո: Կամ, եթե Ձեր բժշկից կամ դուրս գրողից աջակցող հայտարարագիրը ստանալուց հետո խնդրում եք բացառության համար՝ 24 ժամ: Մենք ավելի շուտ կտանք մեր պատասխանը, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս երկար սպասել:
- Եթե մենք ժամկետից ուշացնենք, մենք կուղարկենք Ձեր հարցումը Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացին: Մակարդակ 2-ում որոշումը կվերանայվի Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից:
- **Եթե մեր պատասխանը Այո է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է փոխհատուցումը տրամադրենք 24 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր հարցումը կամ Ձեր բժշկի կամ այլ դուրս գրողի աջակցող հայտարարագիրը ստանալուց հետո:
- **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, որտեղ կբացատրվի մեր **Ոչ**-ի պատճառը: Նամակում նաև ասված կլինի, ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

«Փոխհատուցման ստանդարտ որոշման» ժամկետները այն դեղի համար, որը դեռ չեք ստացել

- Արագ ժամկետների դեպքում մենք պետք է պատասխանենք Ձեզ 72 ժամվա ընթացքում: Կամ, եթե Ձեր բժշկից կամ դուրս գրողից աջակցող հայտարարագիրը ստանալուց հետո խնդրում եք բացառության համար՝ 72 ժամ: Մենք ավելի շուտ կտանք մեր պատասխանը, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս երկար սպասել:
- Եթե մենք ժամկետից ուշացնենք, մենք կուղարկենք Ձեր հարցումը Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացին: Մակարդակ 2-ում որոշումը կվերանայվի Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից:
- **Եթե մեր պատասխանը Այո է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է տանք փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո, կամ, եթե խնդրում եք բացառություն, Ձեր բժշկի կամ նշանակողի օժանդակող հայտարարությունը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, որտեղ կբացատրվի մեր **Ոչ**-ի պատճառը: Այս ծանուցման մեջ նաև ասված կլինի, ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

«Փոխհատուցման ստանդարտ որոշման» ժամկետները այն դեղի համար, որը արդեն գնել եք

- Մենք մեր պատասխանը կտանք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Ձեր հարցումը ստանալուց հետո:
- Եթե մենք ժամկետից ուշացնենք, մենք կուղարկենք Ձեր հարցումը Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացին: Մակարդակ 2-ում որոշումը կվերանայվի Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից:
- **Եթե մեր պատասխանը Այո է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք վճարումը կկատարենք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում
- **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, որտեղ կբացատրվի մեր **Ոչ**-ի պատճառը: Այս ծանուցման մեջ նաև ասված կլինի, ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:



F5. Մակարդակ 1 Բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար

- Բողոքարկումը սկսելու համար Դուք, Ձեր բժիշկը, նշանակումն անող անձը կամ Ձեր ներկայացուցիչը պետք է կապվեք մեզ հետ:
- Եթե դիմում եք ստանդարտ բողոքարկման համար, բողոքարկումը կարող եք կատարել գրավոր կերպով ուղարկելով Ձեր հարցումը: Բողոքարկման համար կարող եք նաև դիմել՝ զանգահարելով 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):
- Եթե ուզում եք արագ բողոքարկում, կարող եք կատարել ձեր բողոքարկումը գրավոր կերպով կամ զանգահարելով մեզ:
- Բողոքարկման համար պետք է դիմեք **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**՝ մեր որոշման մասին ծանուցումը ստանալուց հետո: Եթե բաց թողնեք այս ժամկետը կամ բավարար հիմքեր ունենաք այն բաց թողնելու համար, մենք կերկարացնենք ձեր բողոքարկման ժամանակը: Օրինակ, ժամկետը բաց թողնելու բավարար հիմքեր կարող են լինել, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տվել կապվել մեզ հետ կամ, եթե մենք սխալ կամ թերի տեղեկություններ ենք տվել Ձեզ բողոքարկման ժամկետի մասին:
- Դուք իրավունք ունեք խնդրել Ձեր բողոքարկման տեղեկությունների պատճենը: Պատճենի համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711):

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 1 բողոքարկում

Դուք, Ձեր բժիշկը, նշանակումն անող անձը կամ Ձեր ներկայացուցիչը կարող եք Ձեր պահանջը գրավոր տեսքով ուղարկել մեզ փոստով կամ ֆաքսով: Կարող եք նաև դիմել բողոքարկման համար՝ զանգահարելով մեզ:

- Խնդրեք **60 օրացուցային օրվա ընթացքում** բողոքարկվող որոշման համար: Եթե բավարար պատճառներ եք ունեցել ժամկետը բաց թողնելու համար, Դուք դեռևս կարող եք բողոքարկել:
- Դուք, Ձեր բժիշկը, դուրս գրողը կամ Ձեր ներկայացուցիչը կարող եք զանգահարել մեզ՝ դիմելով արագ բողոքարկման համար:
- Կարդացե՛ք այս բաժինը՝ համոզվելու համար, որ Դուք կարող եք դիմել արագ որոշման համար: Կարդացե՛ք սա որոշման վերջնաժամկետի մասին տեղեկության համար:

Ծրագրի դեմ Մաս D-ի դեղերի փոխհատուցման որոշումը **բողոքարկելու իրավական տերմինը՝ «վերասահմանումն է»:**

Եթե ուզենաք, Դուք, Ձեր բժիշկը կամ այլ դուրս գրող կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ տալ մեզ՝ Ձեր բողոքարկումը աջակցելու համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս, դիմեք «արագ բողոքարկման» համար

- Եթե դուք բողոքարկում եք որոշումը, որը մեր ծրագիրը կայացրել է Ձեր կողմից դեռ չստացված դեղի վերաբերյալ, ապա դուք, Ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է որոշեք՝ ցանկանում եք, արդյոք, «արագ բողոքարկում» կատարել:
- «Արագ բողոքարկման» համար պահանջները նույնն են, ինչ-որ «փոխհատուցման արագ որոշումը»՝ Գլուխ F4, Էջ՝ 218:

«Արագ բողոքարկման» իրավաբանական տերմինն է՝ «արագացված վերանայում»:

Մեր ծրագիրը կվերանայի Ձեր բողոքարկումը և կտա պատասխանը

- Մենք ուշադիր ուսումնասիրում ենք Ձեր փոխհատուցման հարցման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները: Այնուհետև, մենք ստուգում ենք՝ արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին Ձեր պահանջին **Ոչ** ասելիս: Մենք կարող ենք կապվել Ձեզ, Ձեր բժշկի կամ այլ դուրս գրողի հետ լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Վերանայողը կլինի չեզոք մարդ, ով չի մասնակցել նախնական որոշման գործընթացին:

«Արագ բողոքարկման» ժամկետները

- Արագ ժամկետների դեպքում՝ պատասխանը կտանք 72 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո, կամ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս երկար սպասել:
- Եթե պատասխանը չստանաք 72 ժամվա ընթացքում, մենք կուղարկենք Ձեր հարցումը Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացին: Մակարդակ 2-ում որոշումը կվերանայվի Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից:
- **Եթե մեր պատասխանը Այո է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է տանք փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո:
- **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք և կբացատրենք մեր **Ոչի** պատճառը:

«Սնանդարտ բողոքարկման» ժամկետները

- Ստանդարտ ժամկետների դեպքում՝ պատասխանը կտանք 7 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո, կամ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս երկար սպասել: Ստանդարտ ժամկետների

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



դեպքում՝ պատասխանը կտանք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո, կամ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս երկար սպասել: Եթե Ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս, պետք է դիմեք «արագ բողոքարկման» համար:

- Եթե պատասխանը չստանաք 7 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ 14 օրվա ընթացքում. եթե խնդրում եք, որ մենք հետ վճարենք Ձեր արդեն իսկ գնած դեղի գումարը, մենք կուղարկենք Ձեր հարցումը Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացին: Մակարդակ 2-ում որոշումը կվերանայվի Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից:
- **Եթե մեր պատասխանը Այո է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար.
 - Եթե մենք հաստատենք փոխհատուցման հարցումը, մենք հնարավորինս շուտ պետք է տրամադրենք ձեզ փոխհատուցումը, բայց 7 օրացուցային օրից ոչ ուշ՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո կամ 14 օր հետո, եթե խնդրել եք Ձեզ հետ վերադարձնել գնված դեղի գումարը:
 - Եթե մենք հաստատել ենք արդեն իսկ գնված դեղի արժեքը փոխհատուցելու վերաբերյալ ձեր պահանջը, ապա պարտավոր ենք ուղարկել Ձեզ վճարման գումարը նման պահանջ ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, որտեղ կբացատրվի մեր **Ոչ-ի** պատճառը:

F6. Մակարդակ 2 Բողոքարկում Մաս D-ի դեղերի համար

Եթե մենք ասում ենք Ոչ Ձեր բողոքարկման մի մասի կամ ամբողջի համար, ապա կարող եք ընտրել՝ ընդունել՝ այս որոշումը, թե այլ բողոքարկում ներկայացնել: Եթե որոշեք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք, ապա Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) կվերանայի մեր որոշումը:

- Եթե ուզում եք, որ Ձեր գործը վերանայվի Անկախ վերանայման կազմակերպության (IRE) կողմից, ձեր բողոքարկումը պետք է լինի գրավոր: Մակարդակ 1-ում ուղարկված մեր որոշման մասին նամակում կբացատրվի, թե ինչպես կարող եք դիմել Մակարդակ 2 բողոքարկման համար:
- Եթե բողոքարկում եք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը (IRE), ձեր գործի փաստաթղթերը կուղարկվեն նրանց: Դուք իրավունք ունեք խնդրել Ձեր գործի փաստաթղթերի պատճենը՝ զանգահարելով Հաճախորդների խնամքի կետերին՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711):
- Դուք իրավունք ունեք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը (IRE) տալ այլ տեղեկություններ՝ ձեր բողոքարկումը աջակցելու համար:
- Անկախ վերանայման կազմակերպությունը անկախ կազմակերպություն (IRE) է, որը վճարվում է Medicare-ի կողմից: Այն կապ չունի այս ծրագրի հետ և այն պետական հաստատություն չէ:
- Անկախ վերանայման կազմակերպության (IRE) վերստուգող անձնակազմը ուշադիր կուսումնասիրի ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները: Կազմակերպությունը Ձեզ նամակ կուղարկի, որտեղ կբացատրի իր որոշումը:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 2 բողոքարկում

Եթե ուզում եք, որ Ձեր գործը վերանայվի Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից, Ձեր բողոքարկումը պետք է լինի գրավոր:

- Խնդրեք **60 օրացուցային օրվա ընթացքում** բողոքարկող որոշման համար: Եթե բավարար պատճառներ եք ունեցել ժամկետը բաց թողնելու համար, Դուք դեռևս կարող եք բողոքարկել:
- Դուք, Ձեր բժիշկը, այլ դուրս գրող կամ Ձեր ներկայացուցիչը կարող եք դիմել Մակարդակ 2 բողոքարկման համար:
- Կարդացեք այս բաժինը՝ համոզվելու համար, որ Դուք կարող եք դիմել արագ որոշման համար: Եթե բաց թողնեք վերջնաժամկետը հիմնավոր պատճառով, ապա դեռ կարող եք բողոքարկել:

«Արագ բողոքարկման իրավաբանական տերմինն է՝ «արագացված վերանայում»:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



«Արագ բողոքարկման» ժամկետները Մակարդակ 2-ում

- Եթե ձեր առողջական վիճակը թույլ չի տալիս, դիմեք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը (IRE) «արագ բողոքարկման» համար:
- Եթե վերանայող կազմակերպությունը (IRE) համաձայնվում է «արագ բողոքարկմանը», ապա ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկման պատասխանը պետք է տա 72 ժամվա ընթացքում՝ բողոքարկման հարցումը ստանալուց հետո:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) ասում է **Այո՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է թույլատրենք կամ տանք դեղի փոխհատուցումը 24 ժամվա ընթացքում՝ որոշումը ստանալուց հետո:

«Ստանդարտ բողոքարկման» ժամկետները Մակարդակ 2-ում

- Եթե դիմել եք ստանդարտ բողոքարկման համար Մակարդակ 2-ում, Անկախ վերանայող կազմակերպությունը (IRE) Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկմանը կպատասխանի 7 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո, կամ 14 օրացուցային օր, եթե մեզնից խնդրեք վերադարձնել Ձեզ արդեն գնված դեղի համար:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) ասում է **Այո՝** Ձեր խնդրածի մի մասի կամ ամբողջի համար, մենք պետք է թույլատրենք կամ տանք դեղի փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում՝ որոշումը ստանալուց հետո:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) հաստատի գումարը ետ վճարելու հարցումը մի դեղի համար, որի համար Դուք արդեն վճարել եք, վճարումը կստանաք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ որոշումը ստանալուց հետո:

Ի՞նչ կլինի, եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը ասի Ոչ Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկմանը:

Ոչ՝ նշանակում է Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) համաձայն է մեր որոշման հետ՝ Ձեր հարցումը չհաստատելու համար: Սա կոչվում է «ընդունել որոշումը»: Այն նաև կոչվում է «մերժել բողոքարկումը»:

Եթե Դուք ցանկանում եք անցնել բողոքարկման 3-րդ մակարդակ, ապա Ձեր ուզած դեղի փոխհատուցման դոլարային արժեքը պետք է համապատասխանի նվազագույն գումարին: Եթե դոլարային արժեքը պակաս է նվազագույնից, Դուք չեք կարող բողոքարկել: Եթե դոլարային արժեքը բավական բարձր է, Դուք կարող եք պահանջել Մակարդակ 3 բողոքարկումը: Անկախ վերանայման կազմակերպությունից IRE ստացած նամակում կասվի, թե որքան գումար է հարկավոր բողոքարկման գործընթացը շարունակելու համար:

G. Հիվանդանոցի օրերը երկարացնելու համար դիմում

Երբ հիվանդանոց եք գնում, Դուք իրավունք ունեք ստանալ բոլոր մեր կողմից փոխհատուցվող հիվանդանոցային ծառայությունները, որոնք հարկավոր են Ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքը ախտորոշելու կամ բուժելու համար:

Ձեր հիվանդանոցային օրերի ընթացքում Ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի անձնակազմը կնախապատրաստեն ձեզ դուրս գրման օրվա համար: Նաև կկազմակերպեն դուրս գրումից հետո Ձեզ անհրաժեշտ բուժօգնությունը ստանալու համար:

- Հիվանդանոցը թողնելու օրը կոչվում է «դուրս գրման օր»:
- Ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը կասեն Ձեր դուրս գրման օրը:

Եթե կարծում եք, որ Ձեզ չափազանց շուտ են դուրս գրում, կարող եք խնդրել ավելի շատ օրերի համար: Այս բաժնում նկարագրված է, թե ինչպես կարող եք դիմել:

G1. Ձեր Medicare-ի իրավունքների մասին տեղեկատվություն

Հիվանդանոց ընդունվելուց հետո երկու օրվա ընթացքում, բաժնի աշխատակիցը կամ բուժքույրը Ձեզ ծանուցում կտա, որը կոչվում է Կարևոր հաղորդագրություն Ձեր իրավունքների մասին Medicare-ից: Եթե չստանաք այս ծանուցումը, խնդրեք այն հիվանդանոցի ցանկացած աշխատակցից: Եթե օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր: Դուք կարող եք նաև զանգահարել 24/7 շուրջօրյա հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Ուշադիր կարդացեք այդ ծանուցումը և հարցեր տվեք, եթե ինչ-որ բան չեք հասկանում: «Կարևոր հաղորդագրության» մեջ նշված կլինեն Ձեր իրավունքները՝ որպես հիվանդանոցի հիվանդ, այդ թվում նաև:

- Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները ստանալու Ձեր իրավունքները՝ հիվանդանոցում մնալու օրերին և դրանից հետո: Դուք իրավունք ունեք իմանալ, թե որ ծառայություններն են դրանք, ով է վճարելու դրանց համար և որտեղ կարող եք ստանալ դրանք:
- Մասնակցել ցանկացած որոշման՝ կապված Ձեր հիվանդանոցում մնալու օրերի քանակության հետ:
- Իմանալ, թե ուր պետք է ուղարկեք հիվանդանոցում բուժօգնության որակի հետ կապված Ձեր դժգոհությունները:
- Բողոքարկեք, եթե կարծում եք, որ չափազանց շուտ են Ձեզ դուրս գրում հիվանդանոցից:

Դուք պետք է ստորագրեք Medicare-ի ծանուցումը, որպեսզի հաստատեք, որ այն Ձեզ տրվել է և Դուք հասկանում եք Ձեր իրավունքները: Ծանուցման ստորագրումը չի նշանակում որ Դուք

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



համաձայն եք դուրս գրման օրի հետ, որն ասվել է Ձեր բժշկի կամ հիվանդանոցի անձնակազմի կողմից:

Պահեք ստորագրած ծանուցման ձեր օրինակը, որպեսզի կարողանաք գտնել Ձեզ անհրաժեշտ տեղեկությունները նրանում:

- Այս ծանուցման պատճենի հետ ծանոթանալու համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր: Դուք կարող եք նաև զանգահարել 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Չանգն անվճար է:
- Կարող եք նաև հղում կատարել առցանց՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices:
- Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ ստորև նշված հեռախոսահամարով:

G2. Մակարդակ 1 Բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման օրվա համար

Եթե ուզում եք, որ մենք փոխհատուցենք Ձեր հիվանդանոցային ստացիոնար բուժումը ավելի երկար ժամանակով, պետք է դիմեք բողոքարկման համար: Quality Improvement Organization-ը կիրականացնի 1-ին Մակարդակի Բողոքարկման ուսումնասիրություն՝ պարզելու, թե արդյոք Ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթիվը համապատասխանում է Ձեզ բժշկական տեսանկյունից: Կալիֆորնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta BFCC-QIO:

Դուրս գրման օրը փոխելու համար բողոքարկելու նպատակով զանգահարեք Livanta BFCC-QIO ծրագիր՝ 1-877-588-1123 (TTY՝ 1-855-887-6668):

Չանգահարե՛ք անմիջապես:

Չանգահարեք Որակի վերահսկման կազմակերպություն **ՆԱԽՐԱՆ** հիվանդանոցը թողնելը և մինչև պլանավորած դուրս գրման օրը: «Կարևոր հաղորդագրություն Ձեր իրավունքների մասին Medicare-ից» ծանուցման մեջ ներկայացված է, թե ինչպես կարող եք կապվել Որակի վերահսկման կազմակերպության հետ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- **Եթե զանգահարեք հիվանդանոցը թողնելուց առաջ**, Ձեզ թույլ կտան մնալ հիվանդանոցում պլանավորած դուրս գրման օրից հետո՝ առանց վճարելու այդ օրերի համար՝ քանի դեռ սպասում եք Ձեր բողոքարկման որոշմանը Որակի վերահսկման կազմակերպությունից:
- **Եթե չեք դիմում բողոքարկման համար** և որոշում եք մնալ հիվանդանոցում Ձեր պլանավորած դուրս գրման օրից հետո, Դուք պետք է վճարեք բոլոր ծախսերը՝ այդ օրվանից հետո Ձեր ստացած բուժօգնության համար:

Ամփոփում. Ի՞նչ անել 1-ին մակարդակի բողոքարկում, ձեր փոխհատուցման ամսաթիվը փոխելու համար

Չանգահարեք ձեր նահանգի Որակի վերահսկման կազմակերպություն 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY: 1-855-887-6668) և խնդրեք «արագ վերանայում»:

Չանգահարեք հիվանդանոցից դուրս գրվելուց և նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից առաջ:

- **Եթե բաց թողնեք** Որակի վերահսկման կազմակերպության հետ կապվելու **Ձեր ժամկետը**, փոխարենը կարող եք անմիջապես մեզ ուղղել Ձեր բողոքարկումը: Մանրամասների համար անցեք՝ Բաժին G4, Էջ՝ 232:
- Զանգահարեք հիվանդանոցում մնալը ծածկված է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի կողմից, եթե Quality Improvement Organization-ը չի կարող լսել շարունակել հիվանդանոցում մնալու Ձեր խնդրանքը, կամ հավատում եք, որ Ձեր իրավիճակը հրատապ է, ենթադրում է անհապաղ և լուրջ սպառնալիք Ձեր առողջության համար, կամ Դուք ուժեղ ցավի մեջ եք, ապա կարող եք նաև դիմել Կալիֆոռնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչություն (Department of Managed Health Care, DMHC) անկախ բժշկական փորձաքննություն վարելու համար: Իմանալու համար, թե ինչպես դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար խնդրում ենք անցնել Բաժին E4՝ Էջ 205:

Մենք ուզում ենք համոզված լինել, որ Դուք հասկացել եք, թե ինչ պետք է անել և ինչ ժամկետներում:

- **Եթե օգնության կարիք ունեք, կարող եք դիմել:** Եթե հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711): Կարող եք զանգել նաև Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով: Կամ կարող եք կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ՝ 1-855-501-3077:

Ի՞նչ է Որակի բարելավման կազմակերպությունը:

Սա բժիշկների և այլ բուժաշխատողների խումբ է, ովքեր վճարվում են ֆեդերալ իշխանությունների կողմից: Այս մասնագետները չեն մտնում մեր ծրագրի մեջ: Նրանք վճարվում

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Են Medicare-ի կողմից, որպեսզի ստուգեն և բարելավեն Medicare-ի անդամներին մատուցվող բուժօգնության որակը:

Դիմեք «արագ վերանայման» համար

Դուք պետք է դիմեք Որակի վերահսկման կազմակերպությանը Ձեր դուրս գրման **«արագ վերանայման»** համար: Դիմել «արագ վերանայման» համար նշանակում է, Դուք խնդրում եք կազմակերպությանը բողոքարկումը վերանայել արագ ժամկետներում՝ ստանդարտ ժամկետների փոխարեն:

«Արագ վերանայման» իրավաբանական տերմինն է՝ **«անհապաղ վերանայում»**:

Ի՞նչ է տեղի ունենում արագ վերանայման ընթացքում:

- Որակի վերահսկման կազմակերպության մասնագետները կհարցնեն ձեզ, թե ինչու եք կարծում, որ փոխհատուցումը պետք է շարունակվի պլանավորած դուրս գրման օրվանից հետո: Կարիք չկա ոչինչ գրավոր կերպով ներկայացնելու, սակայն կարող եք անել, եթե կամենում եք:
- Մասնագետները կուսումնասիրեն Ձեր բժշկական արձանագրությունները, կխոսեն Ձեր բժշկի հետ և կվերանայեն հիվանդանոցում մնալու հետ կապված Ձեր բոլոր տեղեկությունները:
- Երբ մասնագետները տեղեկացնեն մեզ Ձեր բողոքարկման մասին, այդ օրվա կեսօրին Ձեզ նամակով կտեղեկացնեն Ձեր պլանավորած դուրս գրման օրը: Նամակում կբացատրվեն պատճառները, թե ինչու է Ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը և մենք կարծում, որ Դուք պետք է դուրս գրվեք այդ օրը:

Այս գրավոր բացատրության **իրավաբանական տերմինը** կոչվում է **«Դուրս գրման մանրամասն ծանուցում»**: Նմուշը կարող եք ստանալ զանգահարելով Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Դուք կարող եք նաև զանգահարել 24/7 շուրջօրյա հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կամ կարող եք հղում կատարել առցանց ծանուցման օրինակին՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices:

Ի՞նչ կլինի, եթե պատասխանը Այո լինի:

- Եթե վերանայման կազմակերպությունը ասի **Այո** Ձեր բողոքարկմանը, մենք պետք է շարունակենք փոխհատուցել հիվանդանոցի ծառայությունները այնքան ժամանակ, որքան որ անհրաժեշտ լինի բժշկական տեսանկյունից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Ի՞նչ կլինի, եթե պատասխանը Ոչ լինի:

- Եթե Որակի վերահսկման կազմակերպությունն ասի **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը, դա նշանակում է, որ Ձեզ համար պլանավորած դուրս գրման օրը ճիշտ է բժշկական տեսանկյունից: Այս դեպքում մենք կդադարեցնենք փոխհատուցել Ձեր հիվանդանոցային ծառայությունների համար՝ Որակի վերահսկման կազմակերպության կողմից պատասխանը ստանալու հաջորդ օրվա կեսօրին:
- Եթե Որակի վերահսկման կազմակերպությունն ասի **Ոչ**, բայց դուք որոշեք մնալ հիվանդանոցում, ուրեմն դուք պետք է վճարեք հիվանդանոցի ամբողջ արժեքը այն բուժօգնության համար, որը կստանաք Որակի վերահսկման կազմակերպության կողմից պատասխանը ստանալուց՝ օրվա կեսօրից հետո: Հիվանդանոցային սպասարկման արժեքը, որը դուք հնարավոր է վճարեք, սկսում է հաշվարկվել Որակի վերահսկման կազմակերպությունի պատասխանը ստանալու հաջորդ օրվա կեսօրից:
- Եթե Որակի վերահսկման կազմակերպությունը մերժում է Ձեր պահանջը և Դուք որոշում եք մնալ հիվանդանոցում Ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից հետո, ապա Դուք կարող եք 2-րդ Մակարդակի բողոքարկում կատարել:

G3. Մակարդակ 2 Բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման օրը փոխելու համար

Եթե Որակի վերահսկման կազմակերպությունը մերժի Ձեր բողոքարկումը, իսկ Դուք մնաք հիվանդանոցում Ձեր պլանավորած դուրս գրման օրից հետո, կարող եք կատարել Մակարդակ 2 բողոքարկում: Դուք պետք է նորից կապվեք Որակի վերահսկման կազմակերպության հետ և մեկ այլ վերանայում խնդրեք: Դուք պետք է նորից կապվեք Որակի վերահսկման կազմակերպության հետ և մեկ այլ վերանայում խնդրեք:

Մակարդակ 2 վերանայման համար պետք է դիմեք **60 օրվա ընթացքում**՝ Որակի վերահսկման կազմակերպությունից ձեր Մակարդակ 1 բողոքարկման համար **Ոչ** պատասխանը ստանալուց հետո: Այս վերանայման համար կարող եք դիմել միայն, եթե մնաք հիվանդանոցում Ձեր փոխհատուցումը վերջանալու օրվանից հետո:

Կալիֆորնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta BFCC-QIO: Կարող եք կապվել Livanta BFCC-QIO ծրագրի հետ՝ **1-877-588-1123 (TTY՝ 1-855-887-6668)**:



- Որակի վերահսկման կազմակերպության մասնագետները ուշադիր կուսումնասիրեն Ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Երկրորդ փորձաքննության Ձեր հարցումը ստանալուց 14 օրացուցային օրվա ընթացքում Quality Improvement Organization-ի փորձագետները կկայացնեն որոշում:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում, Ձեր փոխհատուցման ամսաթիվը փոխելու համար

Չանգահարեք Ձեր նահանգի Որակի վերահսկման կազմակերպություն 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668) և վերանայում խնդրեք:

Ի՞նչ կլինի, եթե պատասխանը Այո լինի:

- Մենք պետք է շարունակենք փոխհատուցել ստացիոնար բուժօգնության համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ այն անհրաժեշտ կլինի բժշկական տեսանկյունից: Մենք պետք է շարունակենք փոխհատուցել ստացիոնար բուժօգնության համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ այն անհրաժեշտ կլինի բժշկական տեսանկյունից:
- Դուք պետք է շարունակեք վճարել ծախսերի Ձեր չափաբաժինը, ինչպես նաև կարող եմ կիրառվել փոխհատուցման սահմանափակումներ:

Ի՞նչ կլինի, եթե պատասխանը Ոչ լինի:

Դա նշանակում է, որ Որակի վերահսկման կազմակերպությունը համաձայն է Մակարդակ 1-ի որոշման հետ և չի փոխի այն: Դուք կստանաք նամակ, որտեղ կասվի, թե ինչ պետք է անեք, եթե ուզում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

Եթե Որակի վերահսկման կազմակերպությունը մերժի Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկումը, Դուք պետք է վճարեք պլանավորած դուրս գրման օրվանից հետո հիվանդանոցի օրերի ամբողջ արժեքը:

Կարող եք նաև դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար՝ հիվանդանոցային օրերը երկարացնելու համար: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել և դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար խնդրում ենք անցնել Բաժին E4՝ Էջ 205:

G4. Ի՞նչ կլինի, եթե ես բաց թողնեմ բողոքարկման ժամկետը:

Եթե բաց թողնեք բողոքարկման ժամկետը, կա ուրիշ եղանակ՝ Մակարդակ 1 և Մակարդակ 2 բողոքարկումները կատարելու համար, որոնք կոչվում են Այլընտրանքային բողոքարկումներ: Սակայն բողոքարկման առաջին երկու մակարդակները այլ են:

Մակարդակ 1 այլընտրանքային բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման օրը փոխելու համար

Եթե բաց եք թողնում Որակի վերահսկման կազմակերպության հետ կապվելու ժամկետը, (որը 60 օրվա ընթացքում է կամ ոչ ուշ, քան ձեր ծրագրած լիցքաթափման ամսաթիվը, որն առաջինը

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

կգա), կարող եք բողոքարկումը ներկայացնել մեզ՝ խնդրելով «արագ վերանայում»: Արագ վերանայումը բողոքարկում է, որը կատարվում է արագ ժամկետների մեջ, այլ ոչ՝ ստանդարտ:

- Այս վերանայման ընթացքում մենք ուսումնասիրում ենք հիվանդանոցում Ձեր գտնվելու հետ կապված ամբողջ տեղեկատվությունը: Մենք ստուգում ենք՝ արդյոք դուրս գրման որոշումը արդար է և հետևել է բոլոր կանոններին:
- Այս վերանայման պատասխանը կստանաք արագ ժամկետների մեջ, այլ ոչ՝ ստանդարտ ժամկետների: Սա նշանակում է՝ մենք որոշման պատասխանը կտանք 72 ժամվա ընթացքում՝ «արագ վերանայման» դիմումը ստանալուց հետո:
- **Եթե ասենք Այո՝ Ձեր արագ վերանայմանը,** նշանակում է մենք ընդունում ենք, որ Ձեզ դեռևս պետք է մնալ հիվանդանոցում դուրս գրման օրից հետո: Մենք պետք է նաև շարունակենք փոխհատուցել ծառայությունների համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ նրանք անհրաժեշտ կլինեն բժշկական տեսանկյունից:
- Սա նաև նշանակում է, որ մենք համաձայն ենք ետ վճարել Ձեր ստացած բուժօգնության ծախսերի մեր չափաբաժինը, որը ստացել եք այն օրվանից հետո, երբ ավարտվել է Ձեր փոխհատուցումը:
- **Եթե ասենք Ոչ ձեր արագ վերանայմանը,** դա նշանակում է, որ Ձեզ համար պլանավորած դուրս գրման օրը ճիշտ է բժշկական տեսանկյունից: Ձեր ստացիոնար ծառայությունների համար փոխհատուցումը ավարտվում է այն օրը, երբ ասենք, որ փոխհատուցումն ավարտված է:
 - Եթե Դուք մնաք հիվանդանոցում պլանավորած դուրս գրման օրվանից հետո, ապա **Դուք պետք է վճարեք բուժօգնության ամբողջ արժեքը**, որը կստանաք պլանավորած դուրս գրման օրվանից հետո:
- Համոզվելու համար, որ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ ասել ենք **Ոչ** Ձեր արագ բողոքարկմանը, մենք կուղարկենք Ձեր բողոքարկումը «Անկախ վերանայման կազմակերպություն»: Եթե ուղարկենք, կնշանակի, որ Ձեր գործը ավտոմատ կերպով անցնում է Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացին:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 1 այլընտրանքային բողոքարկում

Չանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն և խնդրեք «արագ վերանայում» հիվանդանոցից Ձեր դուրսգրման օրը:

Մենք որոշման պատասխանը կտանք 72 ժամվա ընթացքում:

«Արագ վերանայման» իրավաբանական տերմինն է՝ «անհապաղ վերանայում»:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մակարդակ 2 այլընտրանքային բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման օրը փոխելու համար

Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկման տեղեկությունները մենք կուղարկենք Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRE) 24 ժամվա ընթացքում՝ Ձեր Մակարդակ 1-ի որոշումը ստանալուց հետո: Եթե կարծում եք, որ մենք չենք համապատասխանում այս կամ այլ ժամկետներին, կարող եք բողոքել: Այս գլխի Բաժին J-ում՝ Էջ 244, ասվում է, թե ինչպես կարող եք բողոքել:

Մակարդակ 2 բողոքարկման ընթացքում Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է մեր որոշումը, երբ ասել ենք **Ոչ** ձեր «արագ վերանայմանը»: Այս կազմակերպությունը որոշում է, արդյոք պետք է փոխվի մեր որոշումը:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 2 այլընտրանքային բողոքարկում

Դուք ոչինչ չպետք է անեք: Ծրագիրը ավտոմատ կերպով կուղարկի Ձեր բողոքարկումը Անկախ վերանայման կազմակերպությանը:

- Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) կիրականացնի ձեր բողոքարկման «արագ վերանայում»: Մասնագետները Ձեզ կպատասխանեն 72 ժամվա ընթացքում:
- Անկախ վերանայման կազմակերպությունը անկախ կազմակերպություն (IRE) է, որը վճարվում է Medicare-ի կողմից: Այն կապ չունի մեր ծրագրի հետ և այն պետական հաստատություն չէ:
- Անկախ վերանայման կազմակերպության IRE վերստուգող անձնակազմը ուշադիր կուսումնասիրի Ձեր հիվանդանոցից դուրս գրման համար բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Եթե Անկախ վերանայման կազմակերպությունը IRE ասի **Այո** Ձեր բողոքարկմանը, ուրեմն մենք պետք է ետ վճարենք ձեզ ծախսերի մեր չափաբաժինը այն բուժօգնության համար, որը ստացել եք պլանավորած դուրս գրման օրվանից հետո: Մենք պետք է նաև շարունակենք փոխհատուցել ստացիոնար ծառայությունների համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ նրանք անհրաժեշտ կլինեն բժշկական տեսանկյունից:
- Եթե այս կազմակերպությունը IRE ասի **Ոչ** ձեր բողոքարկմանը, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են մեզ հետ և, որ ձեզ համար պլանավորած դուրս գրման օրը ճիշտ է բժշկական տեսանկյունից:
- Դուք կստանաք նամակ Անկախ վերանայման կազմակերպությունից IRE, որտեղ կասվի, թե ինչ պետք է անեք, եթե ուզում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Այնտեղ նշված կլինեն մանրամասներ, այն մասին, թե ինչպես կարող եք անցնել Մակարդակ 3 բողոքարկում, որը իրագործվում է դատավորի կողմից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Կարող եք նաև բողոքարկել և դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար՝ հիվանդանոցային օրերը երկարացնելու համար: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել և դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար խնդրում ենք անցնել Բաժին E4՝ Էջ 205: Դուք կարող եք խնդրել Անկախ Բժշկական Վերանայման կազմակերպությանը՝ ի լրումն կամ փոխարեն Մակարդակ 3 բողոքարկմանը:

Ի՞նչ անել, եթե կարծում եք, որ Ձեր տնային բուժօգնության, մասնագիտացված բուժօգնության հաստատության կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները չափազանց շուտ են ավարտվում

Այս բաժնում նկարագրված են միայն հետևյալ տեսակի բուժօգնությունները.

- Տնային առողջապահության ծառայություններ
- Առողջարանի մասնագիտացված բուժօգնություն:
- Վերականգնողական բուժօգնությունը, որը ստանում եք որպես ամբուլատոր հիվանդ Medicare-ի կողմից հաստատված Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF): Սա նշանակում է, որ Դուք ստանում եք բուժօգնություն հիվանդության կամ պատահարի դեպքում կամ վերականգնվում եք կարևոր վիրահատությունից հետո:
 - Բուժօգնության այս երեք դեպքի ժամանակ Դուք իրավունք ունեք ստանալ փոխհատուցվող ծառայությունները այնքան ժամանակ, որքան կորոշի բժիշկը:
 - Երբ մենք որոշենք դադարեցնել այս երեքից ինչ-որ մեկը, մենք պետք է տեղեկացնենք Ձեզ նախքան ծառայությունների ավարտը: Երբ փոխհատուցումը տվյալ բուժօգնության համար ավարտվում է, մենք այլևս չենք վճարի Ձեր բուժօգնության համար:

Եթե կարծում եք, որ մենք չափազանց շուտ ենք դադարեցնում Ձեր փոխհատուցումը, **կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:** Այս բաժնում նկարագրված է, թե ինչպես կարող եք դիմել բողոքարկման համար:

H1. Մենք Ձեզ նախօրոք տեղյակ կպահենք, թե երբ է ավարտվում Ձեր փոխհատուցումը

Նախքան Ձեր բուժօգնության համար վճարումները դադարեցնելը՝ Դուք առնվազն երկու օր առաջ ծանուցում կստանաք: Սա կոչվում է «Չփոխհատուցվող ծառայությունների ծանուցում»:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Գրավոր ծանուցման մեջ նշված կլինի ամսաթիվը, թե երբ ենք դադարեցնելու փոխհատուցումը և ինչպես բողոքարկել այս որոշումը:

Դուք կամ Ձեր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք գրավոր ծանուցում, որը կհաստատի, որ ստացել եք այն: Այն ստորագրելը **չի** նշանակում, որ համաձայն եք ծրագրի հետ, որ ժամանակն է դադարեցնել բուժօգնությունը:

Երբ փոխհատուցումը տվյալ բուժօգնության համար ավարտվում է, մենք այլևս չենք վճարի Ձեր բուժօգնության համար:

H2. Մակարդակ 1 Բողոքարկում Ձեր բուժօգնությունը շարունակելու համար

Եթե կարծում եք, որ մենք չափազանց շուտ ենք դադարեցնում ձեր փոխհատուցումը, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժնում նկարագրված է, թե ինչպես կարող եք դիմել բողոքարկման համար:

Մինչ սկսելը՝ հասկացեք, թե ինչ պետք է անեք և ինչ ժամկետներում:

- **Համապատասխանեք ժամկետներին:** Ժամկետները կարևոր են: Համոզվեք, որ հասկացել և հետևում եք ձեր գործին առնչվող ժամկետներին: Կան նաև ժամկետներ, որոնց պետք է հետևի մեր ծրագիրը: (Եթե կարծում եք, որ մենք չենք համապատասխանում մեր ժամկետներին, կարող եք բողոքել: Բաժին J-ում, Էջ՝ 244 ասվում է, թե ինչպես կարող եք բողոքել:)
- **Եթե օգնության կարիք ունեք, կարող եք դիմել:** Եթե հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711): Կամ զանգահարեք մեր Նահանգային առողջության ապահովագրման աջակցման ծրագիր 1-877-839-2675 հեռախոսահամարով:



1-ին Մակարդակի Բողոքարկման փուլում Quality Improvement Organization-ը ուսումնասիրելու է Ձեր բողոքարկումը և որոշում է կայացնելու մեր որոշումը փոխելու կամ անփոփոխ թողնելու վերաբերյալ: Կալիֆորնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta BFCC-QIO: Կարող եք կապվել Livanta BFCC-QIO ծրագրի հետ՝ 1-877-588-1123 (TTY՝ 855-887-6668): Որակի բարելավման կազմակերպությունի բողոքարկելու մասին տեղեկությունը կարող եք նաև գտնել «Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթի ավարտի մասին ծանուցման» մեջ: Սա Ձեր ստացած ծանուցումն է, որը Դուք ստացել եք տեղեկացվելուց, որ մենք կդադարեցնենք Ձեր խնամքի փոխհատուցումը:

Ի՞նչ է Որակի բարելավման կազմակերպությունը:

Սա բժիշկների և այլ բուժաշխատողների խումբ է, ովքեր վճարվում են ֆեդերալ իշխանությունների կողմից: Այս մասնագետները չեն մտնում մեր ծրագրի մեջ: Նրանք վճարվում են Medicare-ի կողմից, որպեսզի ստուգեն և բարելավեն Medicare-ի անդամների մատուցվող բուժօգնության որակը:

Ինչի՞ համար պետք է դիմեք:

Խնդրեք նրանց «արագ ուղիղ բողոքարկում»: Դիմեք անկախ վերանայման համար, որպեսզի որոշվի արդյոք ճիշտ է բժշկական տեսանկյունից ավարտել ձեր ծառայությունների փոխհատուցումը:

Ի՞նչ ժամկետներում պետք է կապվեք այս կազմակերպության հետ:

- Որակի վերահսկման կազմակերպության հետ պետք է կապվեք գրավոր ծանուցումը ստանալու հաջորդ օրվա կեսօրից ոչ ուշ, որում ասվում է, թե երբ ենք դադարեցնելու փոխհատուցումը:
- Եթե սահմանված ժամկետներում չկապվեք Quality Improvement Organization-ի հետ բողոքարկում ներկայացնելու նպատակով, ապա փոխարենը կարող եք ձեր բողոքարկումը ներկայացնել անմիջապես մեզ: Այս բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք Բաժին H4, էջ՝ 240:
- Եթե հիվանդանոցում մնալը փոխհատուցված է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի կողմից, եթե Quality Improvement Organization-ը չի կարող լսել շարունակել հիվանդանոցում մնալու Ձեր խնդրանքը, կամ հավատում եք, որ Ձեր իրավիճակը հրատապ է, ենթադրում է անհապաղ և լուրջ սպառնալիք Ձեր առողջության համար, կամ Դուք ուժեղ ցավի մեջ եք, ապա կարող եք նաև դիմել Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչություն (Department of

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 1 բողոքարկում ծրագրից Ձեր բուժօգնությունը շարունակել խնդրելու նպատակով

Չանգահարեք Ձեր նահանգի Որակի վերահսկման կազմակերպություն 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TDD/TTY՝ 1-855-887-6668) և խնդրեք «արագ վերանայում»:

Չանգահարեք Ձեր բուժապասարկումն ապահովող գործակալությունը կամ հաստատությունը լքելուց առաջ, ինչպես նաև Ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից առաջ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Managed Health Care, DMHC) անկախ բժշկական փորձաքննություն վարելու համար: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել և դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար խնդրում ենք անցնել Բաժին E4՝ Էջ 205:

Գրավոր ծանուցման **իրավաբանական տերմինն է՝ «Medicare-ի կողմից չփոխհատուցվող ծառայությունների ծանուցում»:** Նմուշը կարող եք ձեռք բերել՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY. 711) կամ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կամ ձեռք բերեք պատճենն առցանց՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices:

Ի՞նչ է տեղի ունենում Որակի վերահսկման կազմակերպության կողմից վերանայման ընթացքում:

- Որակի վերահսկման կազմակերպության մասնագետները կհարցնեն Ձեզ կամ Ձեր ներկայացուցչին, թե ինչու եք կարծում, որ ծառայությունների փոխհատուցումը պետք է շարունակվի: Կարիք չկա ոչինչ գրավոր կերպով ներկայացնելու, սակայն կարող եք անել, եթե կամենում եք:
- Երբ դիմում եք բողոքարկման համար, ծրագիրը նամակ կուղարկի Ձեզ և Որակի բարելավման կազմակերպությանը, որտեղ կբացատրվի, թե ինչու պետք է Ձեր ծառայությունները դադարեցվեն:
- Մասնագետները նույնպես կուսումնասիրեն Ձեր բժշկական արձանագրությունները, կգրուցեն Ձեր բժշկի հետ և կվերանայեն մեր ծրագրի կողմից իրենց տրամադրված տեղեկությունները:
- **Անհրաժեշտ տեղեկություններն ունենալուց հետո՝ մեկ լրիվ օրվա ընթացքում մասնագետները կհայտնեն Ձեզ իրենց որոշման մասին:** Դուք որոշումը մեկնաբանող նամակ կստանաք:

Ծառայությունների դադարեցման մեկնաբանությամբ նամակի **իրավաբանական տերմինն է՝ «Չփոխհատուցվող ծառայությունների մանրամասն բացատրություն»:**

Ի՞նչ կլինի, եթե մասնագետների պատասխանը Այո լինի:

- Եթե մասնագետները ասեն **Այո** Ձեր բողոքարկմանը, մենք պետք է շարունակենք փոխհատուցել Ձեր ծառայությունները այնքան ժամանակ, որքան որ անհրաժեշտ լինի բժշկական տեսանկյունից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Ի՞նչ կլինի, եթե մասնագետների պատասխանը Ոչ լինի:

- Եթե մասնագետները ասեն **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը, ձեր փոխհատուցումը կդադարեցվի մեր ասած օրը: Մենք կդադարեցնենք վճարել բուժօգնության ծախսերի մեր չափաբաժինը:
- Եթե շարունակեք ստանալ տնային առողջապահության ծառայությունները, մասնագիտացված առողջարանի բուժօգնությունը կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները փոխհատուցման ավարտից հետո, ուրեմն պետք է ինքներդ վճարեք այդ բուժօգնության բոլոր ծախսերը:

H3. Մակարդակ 2 Բողոքարկում Ձեր բուժօգնությունը շարունակելու համար

Եթե Որակի վերահսկման կազմակերպությունը ասել է **Ոչ** բողոքարկմանը և Դուք շարունակում եք ստանալ ձեր բուժօգնությունը՝ փոխհատուցումն ավարտվելուց հետո, կարող եք կատարել Մակարդակ 2 բողոքարկումը:

Մակարդակ 2 բողոքարկման ընթացքում կարող եք խնդրել Որակի վերահսկման կազմակերպությանը նորից վերանայել Մակարդակ 1-ում կայացրած իրենց որոշումը: Եթե նրանք համաձայնվեն 1-ին Մակարդակի վրա կայացված որոշման հետ, ապա Դուք կարող եք պարտավոր լինել վճարել տնային պայմաններում բուժսպասարկման, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության բուժսպասարկման կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունների ամբողջ արժեքը այն ամսաթվից սկսած, երբ մենք Ձեզ տեղեկացրել ենք Ձեր ապահովագրական ծածկույթի ավարտի մասին:

Կալիֆորնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta BFCC-QIO: Կարող եք կապվել Livanta BFCC-QIO Program-ի հետ՝ 1-877-588-1123 (TTY՝ 1-855-887-6668): Մակարդակ 2 վերանայման համար պետք է դիմեք **60 օրվա ընթացքում**՝ Որակի վերահսկման կազմակերպությունից Ձեր Մակարդակ 1 բողոքարկման համար **Ոչ** պատասխանը ստանալուց հետո: Այս վերանայման համար կարող եք դիմել միայն, եթե մնաք հիվանդանոցում ձեր փոխհատուցումը վերջանալու օրվանից հետո:

- Որակի վերահսկման կազմակերպության մասնագետները ուշադիր

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 2 բողոքարկում ծրագրից ձեր բուժօգնությունը շարունակել խնդրելու նպատակով

Չանգահարեք Ձեր նահանգի Որակի վերահսկման կազմակերպություն 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668) և վերանայում խնդրեք:

Չանգահարեք Ձեր բուժսպասարկումն ապահովող գործակալությունը կամ հաստատությունը լքելուց առաջ, ինչպես նաև Ձեր նախատեսված դուրսգրման ամսաթվից առաջ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

կուսուժնասիրեն ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

- Որակի վերահսկման կազմակերպությունը որոշումը կկայացնի 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Ի՞նչ կլինի, եթե վերանայման կազմակերպության պատասխանը Այո լինի:

- Մենք պետք է ետ վճարենք ձեզձեր ստացած բուժօգնության ծախսերի մեր չափաբաժինը, որը ստացել էք այն օրվանից հետո, երբ ավարտվել է ձեր փոխհատուցումը: Մենք պետք է շարունակենք փոխհատուցել բուժօգնության համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ այն անհրաժեշտ կլինի բժշկական տեսանկյունից:

Ի՞նչ կլինի, եթե վերանայման կազմակերպության պատասխանը Ոչ լինի:

- Սա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են Մակարդակ 1 բողոքարկման համար կայացրած մեր որոշման հետ և այն չի փոխվի:
- Դուք կստանաք նամակ, որտեղ կասվի, թե ինչ կարելի է անել, եթե ուզում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Այնտեղ նշված կլինեն մանրամասներ, այն մասին, թե ինչպես կարող եք անցնել Մակարդակ 3 բողոքարկում, որը իրագործվում է դատավորի կողմից:
- Ձեր բուժօգնության ծառայությունների փոխհատուցումը շարունակելու համար կարող եք նաև դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար: Իմանալու համար, թե ինչպես դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար խնդրում ենք անցնել Բաժին E4, Էջ՝ 205: Դուք կարող եք բողոքարկել և DMHC-ից խնդրել Անկախ Բժշկական Վերանայման կազմակերպությանը՝ ի լրումն կամ փոխարեն Մակարդակ 3 բողոքարկմանը:

H4. Ի՞նչ կլինի, եթե բաց թողնեք ձեր Մակարդակ 1-ի բողոքարկման համար ժամկետը:

Եթե բաց թողնեք բողոքարկման ժամկետը, կա ուրիշ եղանակ՝ Մակարդակ 1 և Մակարդակ 2 բողոքարկումները կատարելու համար, որոնք կոչվում են Այլընտրանքային բողոքարկումներ: Սակայն բողոքարկման առաջին երկու մակարդակները այլ են:

Մակարդակ 1 այլընտրանքային բողոքարկում բուժօգնությունը երկարացնելու համար

Եթե բաց եք թողնում Որակի վերահսկման կազմակերպության հետ կապվելու ժամկետը, կարող եք բողոքարկումը ներկայացնել մեզ՝ խնդրելով «արագ վերանայում»: Արագ վերանայումը բողոքարկում է, որը կատարվում է արագ ժամկետների մեջ, այլ ոչ՝ ստանդարտ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Այս վերանայման ընթացքում, մենք դիտում ենք ամբողջ տեղեկությունը՝ տնային պայմաններում բուժօգնությանը, որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում ստացած խնամքը, կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF) ստացած բուժօգնությունը: Մենք ստուգում ենք՝ արդյոք Ձեր ծառայությունների դադարեցման օրվա որոշումը արդար է և համապատասխանում է բոլոր կանոններին:
- Այս վերանայման պատասխանը կստանաք արագ ժամկետների մեջ, այլ ոչ՝ ստանդարտ ժամկետների: Մենք որոշման պատասխանը կտանք 72 ժամվա ընթացքում՝ «արագ վերանայման» դիմումը ստանալուց հետո:
- **Եթե ասենք Այո** Ձեր արագ վերանայմանը, դա նշանակում է, որ կշարունակենք փոխհատուցումը այնքան ժամանակ, որքան անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից:
- Սա նաև նշանակում է, որ մենք համաձայն ենք ետ վճարել Ձեր ստացած բուժօգնության ծախսերի մեր չափաբաժինը, որը ստացել եք այն օրվանից հետո, երբ ավարտվել է Ձեր փոխհատուցումը:
- **Եթե ասենք Ոչ** Ձեր արագ վերանայմանը, դա նշանակում է, որ ձեր ծառայությունների դադարեցումը բժշկականորեն համապատասխան է: Մեր փոխհատուցումը ավարտվում է այն օրվանից, երբ տեղեկացրել ենք, որ փոխհատուցումը կավարտվի:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 1 այլընտրանքային բողոքարկում

Չանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն և խնդրեք «արագ վերանայում»:

Մենք որոշման պատասխանը կտանք 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե շարունակեք ստանալ ծառայությունները այն օրվանից հետո, երբ տեղեկացրել ենք նրանց ավարտի մասին, **Դուք պետք է վճարեք ծառայությունների լրիվ արժեքը:**

Համոզվելու համար, որ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ ասել ենք **Ոչ** Ձեր արագ բողոքարկմանը, մենք կուղարկենք Ձեր բողոքարկումը «Անկախ վերանայման կազմակերպչություն»: Եթե ուղարկենք, կնշանակի, որ Ձեր գործը ավտոմատ կերպով անցնում է Մակարդակ 2 բողոքարկման գործընթացին:

«Արագ վերանայման» իրավաբանական տերմինն է՝ «անհապաղ վերանայում»:

Մակարդակ 2 այլընտրանքային բողոքարկում բուժօգնությունը երկարացնելու համար

Ձեր Մակարդակ 2 բողոքարկման տեղեկությունները մենք կուղարկենք Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRE) 24 ժամվա ընթացքում՝ ձեր Մակարդակ 1-ի որոշումը ստանալուց հետո: Եթե կարծում եք, որ մենք չենք համապատասխանում այս կամ այլ ժամկետներին, կարող եք բողոքել: Այս գլխի Բաժին J-ում՝ Էջ 244, ասվում է, թե ինչպես կարող եք բողոքել:

Մակարդակ 2 բողոքարկման ընթացքում Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է մեր որոշումը, երբ ասել ենք Ոչ ձեր «արագ վերանայմանը»: Այս կազմակերպությունը որոշում է, արդյոք պետք է փոխվի մեր որոշումը:

- Անկախ վերանայման կազմակերպությունը (IRE) կիրականացնի ձեր բողոքարկման «արագ վերանայում»: Մասնագետները ձեզ կպատասխանեն 72 ժամվա ընթացքում:
- Անկախ վերանայման կազմակերպությունը անկախ կազմակերպություն (IRE) է, որը վճարվում է Medicare-ի կողմից: Այս կազմակերպությունը կապ չունի մեր ծրագրի հետ և այն պետական հաստատություն չէ:
- Անկախ վերանայման կազմակերպության (IRE) վերստուգող անձնակազմը ուշադիր կուսումնասիրի ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- **Եթե այս կազմակերպությունն (IRE) ասի Այո** Ձեր բողոքարկմանը, ուրեմն մենք պետք է ետ վճարենք ձեզ բուժօգնության ծախսերի մեր չափաբաժինը: Մենք պետք է նաև շարունակենք փոխհատուցել ծառայությունների համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ նրանք անհրաժեշտ կլինեն բժշկական տեսանկյունից:
- **Եթե այս կազմակերպությունն (IRE) ասի Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են մեզ հետ և, որ ծառայությունների փոխհատուցման դադարեցումը ճիշտ է բժշկական տեսանկյունից:

Ամփոփում. Ինչպե՞ս կատարել Մակարդակ 2 բողոքարկում՝ խնդրելու ծրագրից շարունակել փոխհատուցել Ձեր բուժօգնությունը

Դուք ոչինչ չպետք է անեք: Ծրագիրը ավտոմատ կերպով կուղարկի ձեր բողոքարկումը Անկախ վերանայման կազմակերպությանը:

Դուք կստանաք նամակ Անկախ վերանայման կազմակերպությունից IRE, որտեղ կասվի, թե ինչ պետք է անեք, եթե ուզում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Այնտեղ նշված կլինեն մանրամասներ, այն մասին, թե ինչպես կարող եք անցնել Մակարդակ 3 բողոքարկում, որը իրագործվում է դատավորի կողմից:

Ձեր բուժօգնության ծառայությունների փոխհատուցումը շարունակելու համար կարող եք նաև դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար: Իմանալու համար, թե ինչպես դիմել DMHC՝ Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնելու համար խնդրում ենք անցնել Բաժին E4, Էջ՝ 205: Դուք կարող եք բողոքարկել և խնդրել Անկախ Բժշկական Վերանայման կազմակերպությանը՝ ի լրումն կամ փոխարեն Մակարդակ 3 բողոքարկմանը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



I. Ձեր բողոքարկման անցումը Մակարդակ 2-ից վեր

I1. Հաջորդ քայլերը Medicare-ի ծառայությունների և նյութերի համար

Եթե Դուք Medicare-ի ծառայությունների կամ նյութերի համար կատարել եք Մակարդակ 1 և Մակարդակ 2 բողոքարկում, և երկու բողոքարկումն էլ մերժվել է, դուք իրավունք ունեք բողոքարկման հավելյալ մակարդակների: Դուք կստանաք նամակ Անկախ վերանայման կազմակերպությունից, որտեղ կաավի, թե ինչ անել, եթե ուզում եք շարունակել բողոքարկումների գործընթացը:

Մակարդակ 3 բողոքարկումների գործընթացը Վարչական իրավունքների հարցերով դատական (ALJ) լսումն է: Այն անձը, որը որոշում է կայացնում 3-րդ մակարդակի բողոքարկման մեջ, հանդիսանում է ALJ կամ փաստաբանի դատավորը: Եթե ուզում եք, որ ALJ-ը վերանայի Ձեր գործը, Ձեր ուզած բժշկական ծառայությունը կամ նյութը պետք է համապատասխանի նվազագույն դոլարային գումարին: Եթե դոլարային արժեքը նվազագույն մակարդակից ցածր է, Դուք այլևս չեք կարող շարունակել բողոքարկումը: Եթե դոլարային արժեքը բավականին բարձր է, կարող եք դիմել ALJ-ին՝ Ձեր բողոքարկումը լսելու համար:

Եթե համաձայն չեք ALJ-ի որոշման հետ, կարող եք գնալ Medicare-ի Բողոքարկումների խորհուրդ: Դրանից հետո Դուք իրավունք կունենաք դիմել ֆեդերալ դատարան՝ լսելու Ձեր բողոքարկումը:

Եթե բողոքարկումների գործընթացի որևէ փուլում օգնության կարիք կունենաք, կարող եք կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

I2. Հաջորդ քայլերը Medicare-ի ծառայությունների և նյութերի համար

Նաև ունեք լրացուցիչ իրավունքներ բողոքարկման համար, եթե ձեր բողոքարկումը կապված է այնպիսի ծառայությունների կամ նյութերի հետ, որոնք փոխհատուցվում են Medi-Cal-ի կողմից: Եթե համաձայն չեք Նահանգային օբյեկտիվ լսման որոշման հետ և ուզում եք, որպեսզի մեկ ուրիշ դատավոր վերանայի այն, կարող եք դիմել վերալսման համար և/կամ իրավաբանական վերանայում պահանջել:

Վերալսում պահանջելու համար կարող եք փոստով ուղարկել հարցումը (նամակը) հետևյալ հասցեին.

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Այս նամակը պետք է ուղարկվի որոշումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում: Այս ժամկետը կարող է երկարաձգվել մինչև 180 օր ժամկետով, եթե ունեք ուշացման լավ պատճառ:

Ձեր վերալսման հարցման մեջ նշեք որոշումը ստանալու ամսաթիվը և, թե ինչու պետք է կատարվի վերալսում: Եթե ուզում եք լրացուցիչ փաստեր ներկայացնել, նկարագրեք այդ փաստերը և բացատրեք, թե ինչու դրանք նախկինում չեն ներկայացվել և, թե ինչպես դրանք կարող են ներգործել որոշման վրա: Կարող եք կապվել Իրավական ծառայությունների հետ օգնության համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Իրավաբանական վերանայում խնդրելու համար Դուք պետք է խնդրագիր ներկայացնեք Գերագույն դատարան (Քաղաքացիական ընթացակարգի օրենսգրքի Բաժին 1094.5-ի շրջանակներում)՝ որոշումը ստանալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում: Խնդրագիրը ներկայացրեք Ձեր որոշման մեջ նշված վարչաշրջանի Գերագույն դատարան: Այս խնդրագիրը կարող եք ուղարկել առանց վերալսում պահանջելու: Ներկայացնելու համար վճարներ չկան: Ձեզանից կարող են պահանջվել փաստաբանի ծառայությունների համար ողջամիտ վճարներ, եթե Դատարանի որոշումը Ձեր օգտին լինի:

Եթե վերալսումը տեղի ունենա և Դուք չհամաձայնեք որոշման հետ, կարող եք դիմել իրավաբանական վերանայման համար, սակայն չեք կարող դիմել ևս մեկ վերալսման համար:

J. ԻՆՆԱԿՆՆ ՆԵՐԿԱՅԱԳՆԵԼ ԲՈԼՈՂՔՆԵՐ

J1. ԻՆՆ ՄԵՏԱԿԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ԿԱՄԱՐ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԲՈԼՈՂՔԵԼ:

Բողոքի գործընթացն օգտագործվում է միայն խնդիրների որոշակի տեսակի համար, որոնք առնչվում են բուժօգնության որակին, սպասելու ժամանակին և հաճախորդների սպասարկման հետ: Ահա բողոքարկման գործընթացի հետ կապված խնդիրների տեսակների օրինակներ՝

Բողոքներ գաղտնիության հետ կապված

- Դուք դժգոհ եք բուժօգնության որակից, օրինակ հիվանդանոցում ստացած բուժօգնությունից:

Բողոքներ գաղտնիության հետ կապված

- Դուք կարծում եք, որ Ձեր գաղտնիության իրավունքները ոտնահարվել են կամ ինչ-որ մեկը տարածել է այնպիսի տեղեկություններ Ձեր մասին, որոնք կոնֆիդենցիալ են:

Բողոքներ հաճախորդների սպասարկման վատ որակի հետ կապված

- Բուժօգնություն տրամադրողը կամ նրա անձնակազմը կոպիտ կամ անհարգալից է եղել ձեր հանդեպ:
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անձնակազմը վատ է վերաբերվել ձեզ հետ:
- Դուք կարծում եք, որ Ձեզ դուրս են հանում ծրագրից:

Ամփոփում. ԻՆՆԱԿՆ ՆԵՐԿԱՅԱԳՆԵԼ ԲՈԼՈՂՔՆԵՐ

Դուք կարող եք կատարել ներքին և/ կամ արտաքին բողոքարկում այն կազմակերպության հետ, որը կապված չէ մեր ծրագրի հետ:

Ներքին բողոքարկման համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ Նամակ գրեք:

Կան տարբեր կազմակերպություններ, որոնք զբաղվում են արտաքին բողոքներով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք Բաժին J3 -ը, էջ՝ 247:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Բողոքներ մատչելիության հետ կապված

- Դուք չեք կարողանում ֆիզիկապես կապվել բուժօգնության ծառայությունների և բաժինների հետ բժշկի կամ մատուցողի գրասենյակում:
- Ձեր մատակարար չի տալիս Ձեզ ողջամիտ բնակեցում, որը Ձեզ անհրաժեշտ է, ինչպիսին է Ամերիկյան Ժեստերի լեզվի թարգմանիչը:

Բողոքներ սպասելու ժամանակի հետ կապված

- Դուք չեք կարողանում տեսակցություն ստանալ կամ չափազանց երկար եք սպասում այն ստանալու համար:
- Ձեզ շատ երկար են սպասեցրել բժիշկները, դեղագործները, առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետները կամ Հաճախորդների խնամքի կենտրոն կամ ծրագրի այլ աշխատակիցները:

Բողոքներ մաքրության հետ կապված

- Դուք կարծում եք, որ կլինիկան, հիվանդանոցը կամ բժշկի գրասենյակը մաքուր չէ:

Բողոքներ լեզվական սահմանափակումների հետ կապված

- Ձեր բժիշկը կամ մատուցողը թարգմանիչ չի տրամադրում ձեզ տեսակցության ժամանակ:

Բողոքներ մեզանից ստացվող նամակների վերաբերյալ

- Դուք կարծում եք, որ չեք ստացել ծանուցումը կամ նամակը, որը պետք է ստանալիք մեզանից:
- Դուք կարծում եք, որ մեզանից ստացած գրավոր տեղեկությունները չափազանց դժվար են հասկացվում:

Բողոքներ մեր գործողությունների ուշացման վերաբերյալ, որոնք կապված են փոխհատուցման որոշումների կամ բողոքարկումների հետ

- Դուք գտնում եք, որ մենք ուշացրել ենք փոխհատուցման որոշում կայացնելու կամ Ձեզ պատասխանելու ժամկետը:
- Դուք գտնում եք, որ փոխհատուցման կամ բողոքարկման որոշումը՝ ձեր օգտին կայացնելուց հետո, մենք ուշացնում ենք ծառայությունը հաստատելու կամ այն Ձեզ մատուցելու ժամկետը կամ որոշակի ծառայությունների համար Ձեր ետվճարը:
- Դուք կարծում եք, որ մենք Ձեր գործը Վերանայման անկախ մարմնին ժամանակին չենք ներկայացրել:

Բողոքի իրավաբանական տերմինն է՝ «բողոքարկում»:

Բողոքելու իրավաբանական տերմինն է՝ «բողոքարկել»:

Արդյոք բողոքների տարբեր տեսակներ կան:

Այո: Դուք կարող եք կատարել ներքին և/ կամ արտաքին բողոքարկում: Ներքին բողոքը ներկայացվում և վերանայվում է մեր ծրագրում: Արտաքին բողոքը ներկայացվում և վերանայվում է կազմակերպության կողմից, որը կապված չէ մեր ծրագրի հետ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն ներքին և/ կամ արտաքին բողոքարկման համար, ապա կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրին՝ 1-855-501-3077:

J2. Ներքին բողոքարկումներ

Ներքին բողոքարկման համար զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY 711): Դուք կարող եք բողոքարկել ցանկացած պահի, եթե այն չի վերաբերում Մաս D-ի դեղերին: Եթե բողոքը Մաս D-ի դեղի մասին է, ապա այն պետք է ներկայացվի **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**՝ դժգոհության առիթ հանդիսացած միջադեպը տեղի ունենալուց հետո:

- Եթե ձեզանից պահանջվեն այլ բաներ, Հաճախորդների խնամքի կենտրոնը կտեղեկացնի ձեզ:
- Կարող եք նաև գրել ձեր բողոքը և ուղարկել մեզ: Եթե բողոքը ներկայացնում եք գրավոր կերպով, մենք նույնպես կպատասխանենք գրավոր կերպով:
- Մենք կհաստատենք գրավոր գանգատի ստացումը՝ ստանալուց հետո հինգ (5) օրվա ընթացքում: Մենք կվերանայենք Ձեր խնդիրները: Վերանայման համար մենք կարող է խնդրենք ձեր բժշկական արձանագրությունները: Ձեր բողոքի պատասխանը կուղարկենք բողոքը ստանալուց հետո երեսուն (30) օրվա ընթացքում: Մենք պետք է հնարավորինս արագ դիտարկենք ձեր գանգատը՝ կախված ձեր առողջական վիճակից, սակայն ոչ ավելի ուշ, քան բողոքը ստանալուց երեսուն (30) օր հետո:
- Եթե բողոքում եք, քանի որ մենք մերժել ենք ձեր հարցումը «փոխհատուցման արագ որոշման» կամ «արագ բողոքարկման» համար, մենք ավտոմատ կերպով կտանք ձեր «արագ բողոքի» պատասխանը: Փոխհատուցման արագ որոշում նշանակում է՝ պատասխանը կստանաք 24 ժամվա ընթացքում:
- Medicare-ի Մաս D-ի հետ կապված բողոքները պետք է ներկայացվեն 60 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ դժգոհության առիթ հանդիսացած միջադեպը տեղի ունենալուց հետո: Բողոքների մնացած բոլոր տեսակները մեզ կամ մատուցողին պետք է ներկայացնեք 60 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ դժգոհությունն առաջանալու օրվանից սկսած:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Մենք կփորձենք հնարավորինս արագ լուծել ձեր հեռախոսային բողոքը: Եթե չկարողանանք բավարարել Ձեր բողոքը մի քանի աշխատանքային օրվա ընթացքում, Ձեր բողոքը ստանալուց հետո 5 օրացուցային օրվա ընթացքում նամակով կհաստատենք, որ ստացել ենք ձեր բողոքը:
- Եթե շտապ խնդիր ունեք, որի հետևանքով կարող է հասցվել անհապաղ և լուրջ վտանգ Ձեր առողջական վիճակին, կարող եք ներկայացնել «արագ բողոք» և մենք կպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում:

«Փոխհատուցման արագ որոշման» իրավաբանական տերմինն է՝ «արագացված որոշում»:

Եթե բողոքի հարցով զանգահարում եք մեզ, հնարավոր է մենք պատասխանենք միևնույն զանգի ընթացքում: Եթե մեզ զանգահարում եք բողոքի համար, ապա մենք կարող ենք պատասխան տալ նույն հեռախոսազանգի ընթացքում: Եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է արագ պատասխան, ապա մենք դա կանենք:

- Բողոքներին կպատասխանենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե լրացուցիչ տեղեկության անհրաժեշտության պատճառով մենք որոշում չկայացնենք 30 օրվա ընթացքում, ապա գրավոր կերպով կտեղեկացնենք Ձեզ: Մենք կտրամադրենք կարգավիճակի թարմացում և հնարավոր ժամանակը, թե երբ կարող եք պատասխանը ստանալ:
- Եթե բողոքում եք, քանի որ մենք մերժել ենք Ձեր հարցումը «փոխհատուցման արագ որոշման» կամ «արագ բողոքարկման» համար, մենք ավտոմատ կերպով կտանք Ձեր «արագ բողոքի» պատասխանը 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե դուք բողոքարկում եք, քանի որ մենք լրացուցիչ ժամանակ ենք վերցրել փոխհատուցման մասին որոշում կայացնելու համար, ապա մենք մեխանիկորեն 24 ժամվա ընթացքում կպատասխանենք ձեր բողոքին:
- **Եթե մենք համաձայն չլինենք** Ձեր բողոքի մի մասի կամ ամբողջ բողոքի հետ, մենք ձեզ կտեղեկացնենք և կպարզաբանենք, թե ինչու: Մենք կպատասխանենք՝ անկախ նրանից համաձայն ենք բողոքի հետ, թե ոչ:

Յ3. Արտաքին բողոքարկումներ

Կարող եք բողոքել Medicare-ին

Կարող եք ուղարկել Ձեր բողոքը Medicare-ին: Medicare-ի բողոքների ձևը հասանելի է՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx:

Medicare-ը լուրջ է վերաբերվում Ձեր բողոքներին և կօգտագործի այդ տեղեկությունը Medicare ծրագրի որակը բարելավելու համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Եթե այլ արձագանքներ կամ մտահոգություններ ունեք, կամ, եթե գտնում եք, որ ծրագիրը չի արձագանքում ձեր խնդրին, զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտվողները կարող են զանգահարել՝ 1-877-486-2048: Չանգն անվճար է:

Կարող եք բողոքել Medi-Cal-ին

Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը նույնպես օգնում է լուծել խնդիրները չեզոք տեսակետից՝ համոզվելու համար, որ մեր անդամները ստանում են բոլոր փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնք մենք պետք է տրամադրենք: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը չի համագործակցում մեզ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ:

Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077: Ծառայություններն անվճար են:

Կարող եք California-ի կառավարվող բուժօգնության վարչությանը տեղեկացնել (Department of Managed Health Care) Ձեր բողոքի մասին

Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությունը (Department of Managed Health Care, DMHC) պատասխանատու է կրում առողջապահական ծրագրերի կարգավորման համար: Կարող եք զանգահարել DMHC-ի Օգնության կենտրոն, որը կօգնի Ձեզ Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքների հարցում: Դուք կարող եք դիմել DMHC, եթե Ձեր բողոքի վերաբերյալ օգնության կարիք ունեք, որը ներառում է հրատապ խնդիր կամ ձեր առողջության համար անմիջական և լուրջ սպառնալիք, սուր ցավերի մեջ եք, համաձայն չեք Ձեր բողոքի վերաբերյալ մեր ծրագրի որոշման հետ կամ մեր պլանը չի լուծել Ձեր բողոքը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Գոյություն ունի Տեղեկատվական կենտրոնից օգնություն ստանալու երկու եղանակ՝

- Չանգահարե՞ք՝ 1-888-466-2219: Խուլ, լսողական խնդիրներով կամ խոսելու խնդիրներ ունեցող մարդիկ կարող են օգտվել անվճար TTY համարից՝ 1-877-688-9891: Չանգն անվճար է:
- Այցելեք Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտի (California Department of Managed Health) վեբկայքը (www.dmhc.ca.gov):

Դուք կարող եք բողոքարկել Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակում

Կարող եք բողոքը ուղարկել Առողջապահության և սոցիալական ապահովման բաժանմունքի Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Կարող եք բողոքը ուղարկել Առողջապահության և (Department of Health and Human Services) սոցիալական ապահովման բաժանմունքի Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Չանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ապահովման բաժանմունքի Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել www.hhs.gov/ocr:

Դուք կարող եք կապվել նաև տեղական Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ (800) 368-1019
Ֆաքս՝ (202) 619-3818
TTY՝ (800) 537-7697
Էլ. փոստ՝ ocrmail@hhs.gov

Դուք կարող եք նաև իրավունքներ ունենալ Ամերիկայի հաշմանդամների իրավունքների պաշտպանության օրենքի և 2008 թ.-ի ADA Փոփոխությունների մասին օրենքի շրջանակներում (P.L. 110-325): Կարող եք կապվել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ օգնության համար: Հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

Դուք կարող եք նաև բողոքարկել Որակի վերահսկման կազմակերպությանը:

Եթե Ձեր բողոքը բուժօգնության որակի հետ է կապված, Դուք ունեք երկու լրացուցիչ ընտրություն:

- Ցանկության դեպքում կարող եք ուղարկել բուժօգնության որակի հետ կապված Ձեր բողոքը անմիջապես Որակի վերահսկման կազմակերպություն (առանց մեզ դիմելու):
- Ինչպե՞ս նաև կարող եք բողոքը ներկայացնել մեզ, ինչպես նաև Որակի վերահսկման կազմակերպությանը: Եթե բողոքը ներկայացնում եք այս կազմակերպություն, մենք կհամագործակցենք նրանց հետ՝ խնդիրը լուծելու համար:

Որակի վերահսկման կազմակերպությունը դա բժիշկների և այլ բուժաշխատողների խումբ է, որը վճարվում է ֆեդերալ իշխանությունների կողմից՝ Medicare-ի անդամներին տրամադրվող բուժօգնության որակը ստուգելու և բարելավելու համար: Որակի վերահսկման կազմակերպության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար անցեք Գլուխ 2:

Կալիֆորնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta BFCC-QIO: Livanta BFCC-QIO ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-877-588-1123 (TTY՝ 1-855-887-6668):



Գլուխ 10. Ձեր անդամակցության ավարտը մեր Cal MediConnect ծրագրում

Ներածություն

Այս գլուխը պատմում է այն մասին, թե ինչպես կարող եք ավարտել Ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրում և ինչպիսին կլինեն առողջապահական փոխհատուցման հնարավորությունները, երբ Դուք դուրս գաք ծրագրից: Դուք դեռևս կարող եք ստանալ Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները, եթե դուրս գաք մեր ծրագրից, քանի դեռ իրավասու եք: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Երբ Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրից.....	254
B. Ինչպե՞ս ավարտել Ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրում.....	255
C. Ի՞նչ կլինի եթե ես չեմ ցանկանում միանալ Cal MediConnect ծրագրին:.....	256
D. Ինչպե՞ս ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններն առանձին.....	256
D1. Ձեր Medicare ծառայություններ ստանալու եղանակները	256
D2. Medi-Cal ստանալ ծառայություններ.....	259
E. Մեր Cal MediConnect ծրագրում մինչև Ձեր անդամակցության ավարտը՝ Դուք կստանաք Ձեր medical-ի ծառայությունները և դեղերը մեր ծրագրի միջոցով	260
F. Այլ իրավիճակներ, երբ Ձեր անդամակցումը մեր Cal MediConnect ծրագրին ավարտվում է	260
G. Մենք չենք կարող խնդրել Ձեզ դուրս գալ մեր Cal MediConnect ծրագրից՝ Ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով.....	262
H. Դուք իրավունք ունեք բողոքել, եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում.....	262
I. Որտեղի՞ց կարող եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ անդամակցության դադարեցման մասին:.....	262

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



A. Երբ Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրից

Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)-ին՝ տարվա ընթացքում ցանկացած պահի՝ գրանցվելով մեկ այլ Medicare Advantage Plan-ում, ընդգրկվելով Cal MediConnect-ի մեկ այլ ծրագրի կամ տեղափոխվելով Original Medicare:

Ձեր անդամակցությունը դադարեցվում է այն ամսվա վերջին օրը, երբ Առողջապահական խնամքի տարբերակների ծառայությունը հաստատում է Ձեր դիմումը: Օրինակ, եթե Ձեր հայցը ստացվի հունվարի 18-ին, մեր ծրագրի հետ Ձեր փոխհատուցումը կավարտվի հունվարի 31-ին: Ձեր նոր փոխհատուցումը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից (Փետրվարի 1-ից, այս օրինակում):

Երբ Դուք ավարտեք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում, Դուք կընդգրկվեք Medi-Cal-ի Ձեր կողմից ընտրված Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող խնամքի ծրագրում, եթե դուք չեք ընտրում այլ Cal MediConnect ծրագիր: Կարող եք նաև ընտրել Medicare-ում գրանցման տարբերակները, երբ ավարտեք անդամակցությունը մեր ծրագրում: Եթե Դուք դուրս եք գալիս մեր ծրագրից, ապա կարող եք տեղեկատվություն ստանալ հետևյալի մասին՝

- Medicare-ի տարբերակները՝ 253 էջի աղյուսակում:
- Medi-Cal ծառայություններ 256 էջում:

Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը զանգահարելով՝

- Կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:
- Չանգահարեք Heath Care Options 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով;
- Չանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին՝ (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00: Տեղական HICAP գրացենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/:
- Չանգահարեք MediConnect Ombuds ծրագրին՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 09:00-ից 17:00-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-855-847-7914:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Ձանգահարե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ. Եթե Դուք ընդգրված եք դեղերի կառավարման ծրագրում, Դուք չեք կարող ծրագիրը փոխել: Անցե՛ք Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը՝ դեղի կառավարման ծրագրերի վերաբերյալ տեղեկությունների համար:

Բ. Ինչպե՞ս ավարտել Ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրում

Եթե որոշեք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը, տեղյակ պահեք Medi-Cal-ին կամ Medicare-ին, որ ուզում եք դուրս գալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից՝

- Ձանգահարե՛ք Heath Care Options 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: **ԿԱՄ**
- Ձանգահարե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները (խուլ, լսողական կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող մարդիկ) պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Երբ զանգահարում եք 1-800-MEDICARE, կարող եք նաև գրանցվել Medicare-ի այլ առողջապահական կամ դեղերի ծրագրում: Մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո՝ Medicare-ի ծառայությունները ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել էջ 216-ի աղյուսակում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



C. Ի՞նչ կլինի եթե ես չեմ ցանկանում միանալ Cal MediConnect ծրագրին:

Եթե ուզում եք շարունակել ստանալ Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ համատեղ
ծրագրից, կարող եք միանալ Cal MediConnect-ի այլ ծրագրին:

Մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին անդամագրվելու համար՝

- Չանգահարեք Heath Care Options 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 -
18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077
հեռախոսահամարով: Ասացեք, որ ուզում եք դուրս գալ Blue Shield Promise Cal
MediConnect Plan-ից և միանալ Cal MediConnect-ի այլ ծրագրին: Եթե համոզված
չեք, թե որ ծրագրին եք ուզում միանալ, նրանք կառաջարկեն Ձեր տարածքում
գործող այլ ծրագրեր:

Ձեր փոխհատուցումը Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից կդադարեցվի այն
ամսվա վերջին օրը, որում ստանանք Ձեր հարցումը:

D. Ինչպե՞ս ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններն առանձին

Եթե Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից դուրս գալուց հետո չեք ուզում գրանցվել այլ
Cal MediConnect ծրագրում, ապա Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունները կստանաք
առանձին:

D1. Ձեր Medicare ծառայություններ ստանալու եղանակները

Դուք կարող եք ընտրել, թե ինչպես ստանալ Ձեր Medicare-ի նպաստները:

Դուք երեք տարբերակ ունեք Medicare-ի ծառայությունները ստանալու համար: Ընտրելով այս
տարբերակներից մեկը՝ Դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք Ձեր անդամակցությունը
Cal MediConnect ծրագրում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին
1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ
օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



1. Կարող եք փոխարկել. Medicare-ի առողջապահական ծրագրի (օրինակ, Medicare Advantage Plan) կամ, եթե համապատասխանում եք իրավասության պահանջներին և սպասարկման տարածքում եք ապրում, ապա տարեցների համար ներառական ինսամքի ծրագրին (PACE)	Ի՞նչ պետք է անել. Չանգահարե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Տարեցների ներառական բուժօգնության ծրագրի վերաբերյալ հարցումներ կատարելու համար, զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223): Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Չանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00: Տեղական HICAP գրացենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, երբ Ձեր Նոր ծրագրի փոխհատուցումը սկսվի:
---	---

2. Կարող եք փոխարկել. Օրիգինալ Medicare-ի՝ առանձին Medicare-ի դեղատոմսերով դեղերի ծրագրով	Ահա, թե ինչ պետք է անել. Չանգահարե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Չանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00: Տեղական HICAP գրացենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Original Medicare-ից, երբ Ձեր նոր ծրագրի փոխհատուցումը սկսվի:
---	--



3. Կարող եք փոխարկել. Original Medicare առանց առանձին Medicare-ի դեղատոմսերով դեղերի ծրագրի ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ. Եթե Դուք փոխվեք Original Medicare-ի ու չանդամագրվեք առանձին Medicare-ի՝ դեղատոմսով դեղերի ծրագրին, ապա Medicare-ը կարող է անդամագրել Ձեզ դեղերի մի ծրագրի, եթե Դուք Medicare-ին չտեղեկացնեք, որ չեք ցանկանում միանալ: Դուք պետք է դադարեցնեք դեղատոմսով տրվող դեղերի ընդգրկումը միայն այն դեպքում, եթե գործատուից, միությունից կամ որևէ այլ աղբյուրից դեղերի փոխհատուցում եք ստանում: Եթե հարցեր ունեք կապված դեղերի փոխհատուցման հետ, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00: Տեղական HICAP գրացենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/:	Ահա, թե ինչ պետք է անել. Չանգահարե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Չանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00: Տեղական HICAP գրացենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, երբ Ձեր նոր ծրագրի փոխհատուցումը սկսվի:
---	--

D2. Medi-Cal ստանալ ծառայություններ

Եթե դուրս եք գալիս մեր Cal MediConnect ծրագրից, Դուք կգրանցվեք Medi-Cal-ի կողմից վերահսկվող բուժօգնության ծրագրի մեջ՝ ըստ Ձեր ցանկության:

Ձեր Medi-Cal ծառայությունները ներառում են մեծամասամբ երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն, ինչպես վարքային խանգարումների բուժում:

Եթե ցանկանում եք դադարեցնել մեր Cal MediConnect ծրագրին անդամակցությունը, ապա պետք է տեղեկացնեք Health Care Options-ն այն մասին, թե Medi-Cal-ի որ կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանին եք ցանկանում միանալ:

- Չանգահարեք Health Care Options 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



հեռախոսահամարով: Ասացեք, որ ուզում եք դուրս գալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից և միանալ Cal MediConnect-ի այլ ծրագրին: Եթե համոզված չեք, թե որ ծրագրին եք ուզում միանալ, նրանք կառաջարկեն Ձեր տարածքում գործող այլ ծրագրեր:

Երբ դադարեցնում եք անդամակցությունը CalMediConnect ծրագրում, Դուք կստանաք Անդամի Նոր ID քարտ, Նոր *Անդամի ձեռնարկ* և Նոր *Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակ* Ձեր Medi-Cal-ի փոխհատուցման համար:

E. Մեր Cal MediConnect ծրագրում մինչև Ձեր անդամակցության ավարտը՝ Դուք կստանաք Ձեր medical-ի ծառայությունները և դեղերը մեր ծրագրի միջոցով

Եթե դուրս եք գալիս Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, կարող է որոշ ժամանակ պահանջվել մինչև անդամակցությունը ավարտվի և Ձեր Նոր Medicare-ի ու Medi-Cal-ի փոխհատուցման նպաստները սկսվեն: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ 213 էջը: Այս ընթացքում, Դուք կշարունակեք ստանալ Ձեր բուժօգնությունն ու դեղերը մեր ծրագրի միջոցով:

- **Ձեր դեղատոմսով տրվող դեղերը ստանալու համար պետք է օգտվեք մեր ցանցային դեղատներից:** Սովորաբար, Ձեր դեղատոմսով դեղերը փոխհատուցվում են միայն, եթե դրանք ստանում եք ցանցային դեղատնից, այդ թվում նաև մեր փոստային ծառայություններով դեղատներից:
- **Եթե ձեզ տեղափոխել են հիվանդանոց Ձեր անդամակցության ավարտի օրը, ձեր հիվանդանոցային ծառայությունները կփոխհատուցվեն մեր Cal MediConnect ծրագրի կողմից՝ մինչև դուրս գրվելը:** Նրանք կփոխհատուցվեն նույնիսկ, եթե Ձեր Նոր փոխհատուցումը սկսվի Ձեր դուրս գրումից առաջ:

F. Այլ իրավիճակներ, երբ Ձեր անդամակցումը մեր Cal MediConnect ծրագրին ավարտվում է

Ահա, թե որ դեպքերում Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը պետք է դադարեցնի Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում՝

- Եթե Ձեր Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի ապահովագրական ծածկույթը ժամանակավորապես դադարեցվում է:
- Եթե այլևս իրավասու չեք Medi-Cal-ի համար: Մեր ծրագիրը այն մարդկանց համար է, ովքեր ունեն և՛ Medicare, և՛ Medi-Cal: Առողջապահության ծառայության վարչությունը (Department of Health Care Services, DHCS) կամ Medicare-ի և

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնները (CMS) կարող են հեռացնել Ձեզ ծրագրերից, եթե որոշվի, որ Դուք իրավասու չեք ծրագրի համար:

- Եթե Դուք դուրս եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից:
- Եթե մեր սպասարկման տարածքից դուրս եք գտնվում վեց ամսից ավել:
 - Եթե Դուք տեղափոխվում կամ երկար ժամանակով ճանապարհորդում եք, պետք է զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն, որպեսզի պարզեք՝ արդյոք այնտեղ ուր տեղափոխվում կամ ճամփորդում եք, մտնում է մեր սպասարկման տարածքի մեջ:
- Եթե քրեական հանցագործություն պատճառով բանտ եք տեղափոխվում:
- Եթե խաբում կամ պահում եք տեղեկությունները այն մասին, որ ստանում եք դեղերի փոխհատուցումը այլ ապահովագրական ընկերությունից:
- Եթե Դուք ԱՄՆ քաղաքացի չեք կամ օրինականորեն ներկա չե՛ն Միացյալ Նահանգներում:
 - Դուք պետք է լինեք ԱՄՆ քաղաքացի կամ օրինական կարգով գտնվեք Միացյալ Նահանգներում, որպիսի մեր ծրագրի անդամ կարողանաք լինել:
 - Medicare & Medicaid ծառայությունների կենտրոնը կտեղեկացնի մեզ, եթե Դուք իրավասու չեք մնալ ոչպես անդամ:
 - Մենք պետք է դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը, եթե Դուք չեք համապատասխանում այս պահանջին:

Եթե Դուք այլևս Medi-Cal-ում ընդգրկված լինելու որակավորում չունեք կամ Ձեր՝ Cal MediConnect-ի տվյալները փոխվել են, ապա կարող եք շարունակել ստանալ Ձեր նպաստներ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից լրացուցիչ երկու ամիս ժամկետով: Եթե Դուք գիտեք, որ դեռևս իրավասու եք, այս լրացուցիչ ժամանակը թույլ կտա Ձեզ ուղղել Ձեր իրավասության վերաբերյալ տեղեկությունը: Մենք նամակով Ձեզ կտեղեկացնենք Ձեր իրավասության վերաբերյալ փսփսխության մասին և Ձեր իրավասության տեղեկությունն ուղղելու հրահանգներ:

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամ մնալու համար, Դուք պետք է երկու ամիս ժամկետի վերջին օրը կրկին դիմեք:
- Եթե Դուք մեկ ամիս ժամկետի ընթացքում որակավորում չեք ստացել, ապա Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Ձեր անդամակցությունը կդադարեցվի:

Մենք կարող հանել Ձեզ մեր ծրագրից հետևյալ պատճառներով, եթե միայն նախնական թույլտվություն ունենք Medicare-ից և Medi-Cal-ից՝

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Եթե Դուք միտումնավոր կերպով մեզ սխալ տեղեկություններ եք տալիս, թե երբ եք գրանցվում մեր ծրագրի մեջ և, որ այդ տեղեկությունները ազդում են Ձեր իրավասության վրա:
- Եթե Դուք անընդմեջ խախտումներ եք կատարում, որը դժվարացնում է մեր կողմից բուժօգնության տրամադրումը Ձեզ և այլ անդամներին:
- Եթե թույլ եք տալիս ուրիշին օգտագործել Ձեր Անդամի ID քարտը՝ բուժօգնություն ստանալու համար:
 - Եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամագրությունը այս պատճառով, ապա Medicare-ը կարող է Ձեր գործի հետաքննություն պահանջել գլխավոր տեսուչի կողմից:

G. Մենք չենք կարող խնդրել Ձեզ դուրս գալ մեր Cal MediConnect ծրագրից՝ Ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով

Եթե գտնում եք, որ Ձեզ հեռացնում են մեր ծրագրից առողջական խնդիրների հետ կապված պատճառներով, ապա **զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

Պետք է նաև զանգահարեք **Cal MediConnect Ombuds ծրագրին՝ 1-855-501-3077** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 9:00 - 17:00, TTY օգտագործողների համար զանգահարեք 1-855-847-7914:

H. Դուք իրավունք ունեք բողոքել, եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում

Եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրում, մենք պետք է գրավոր տեղեկացնենք Ձեզ անդամակցությունը դադարեցնելու պատճառների մասին: Մենք պետք է նաև բացատրենք, թե ինչպես կարող եք բողոքել մեր որոշման դեմ: Բողոքելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև անցնել Գլուխ 9-ի Բաժին J :

I. Որտե՞ղից կարող եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ անդամակցության դադարեցման մասին:

Եթե հարցեր ունեք կամ կկամենայիք լրացուցիչ տեղեկություններ այն մասին, թե երբ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը, կարող եք.

- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- Ձանգահարե՛ք Heath Care Options 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:
- Ձանգահարե՛ք Կալիֆորնիայի Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00: Տեղական HICAP գրացենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելե՛ք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/:
- Ձանգահարե՛ք Cal MediConnect Ombuds ծրագրին 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 9:00 - 17:00, TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-855-847-7914:
- Ձանգահարե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:



Գլուխ 11. Իրավական ծանուցումներ

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է օրինական ծանուցումներ, որոնք վերաբերում են Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ծրագիրն ձեր անդամակցությանը: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Ծանուցումներ օրենքների մասին	265
B. Զբաղադրյալի մասին ծանուցում	265
C. Ծանուցում Medicare-ի մասին որպես երկրորդ վճարող և Medi-Cal-ի՝ որպես վերջին ինստանցիայի վճարող	266
D. Ծանուցում երրորդ կողմի պարտականությունների մասին	266
E. Ոչ խտրականության ծանուցում	268



A. Ծանուցումներ օրենքների մասին

Այս *Անդամի ձեռնարկին* շատ օրենքներ են վերաբերվում: Այս օրենքները կարող են անդրադառնալ Ձեր իրավունքներին և պարտականություններին, նույնիսկ, եթե օրենքները ներառված կամ բացառված չեն այս ձեռնարկում: Հիմնական օրենքները, որոնք վերաբերում են այս ձեռնարկին՝ ֆեդերալ օրենքներ են Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծրագրերի մասին: Կարող են գործել նաև այլ ֆեդերալ և պետական օրենքներ:

B. Հրապարակման ծանուցում

Ամեն մի ընկերություն կամ գործակալություն, որն աշխատում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի հետ, պետք է ենթարկվի օրենքներին, որոնք ձեզ պաշտպանում են խտրականությունից կամ անարդար վերաբերմունքից: Մենք որևէ կերպ չենք տարբերակում կամ վերաբերվում Ձեզ այլ կերպ ըստ տարիքի, գույնի, էթնիկ պատկանելիության, անապահովության, սեռի, գենետիկական տեղեկատվության, ծառայության տարածքում գտնվող աշխարհագրական դիրքի, առողջական վիճակի, բժշկական պատմության, հոգեկան կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, ազգային ծագման, ռասայի, կրոնի կամ սեռի: *Բացի այդ, մենք չենք տարբերակում կամ տարբեր կերպ ենք վերաբերվում Ձեզ՝ Ձեր գաղտնիության, ընտանեկան կարգավիճակի կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:*

Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ խտրական և անբարեխիղճ վերաբերմունքի վերաբերյալ մտահոգությունների դեպքում՝

- Չանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ապահովման բաժանմունքի (Department of Health and Human Services) Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով : TTY/TDD օգտվողները կարող են զանգահարել 1-800-537-7697: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել www.hhs.gov/ocr:
- Չանգահարեք Զաղաքացիական իրավունքների Ձեր տարածքային գրասենյակ:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ (800) 368-1019

Ֆաքս՝ (202) 619-3818

TTY՝ (800) 537-7697

Էլեկտրոնային հասցե՝ ocrmail@hhs.gov

Եթե Դուք հաշմանդամություն ունեք և Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն մատակարարին հասնելու համար, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Եթե Դուք բողոք ունեք, օրինակ կապված անվասայլակով մուտքի հետ, ապա Ձեզ կարող է օգնել Մասնակիցների սպասարկման բաժինը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



C. Ծանուցում Medicare-ի մասին որպես երկրորդ վճարող և Medi-Cal-ի՝ որպես վերջին ինստանցիայի վճարող

Երբեմն ինչ-որ մի կողմ պետք է առաջինը վճարի մատուցվող ծառայությունների համար: Օրինակ, եթե Ձեզ հետ ավտովթար է պատահել կամ, եթե վիրավորվել եք աշխատավայրում, առաջինը պետք է վճարի ապահովագրական ընկերությունը կամ Աշխատավորների փոխհատուցումը:

Մենք իրավունք ունենք և պարտավոր ենք հավաքել Medicare-ի փոխհատուցվող ծառայությունների համար, որոնց համար Medicare-ը առաջինն է վճարում:

Cal MediConnect ծրագիրը համապատասխանում է նահանգի և դաշնային օրենքների և կանոնակարգերի պահանջներին, որոնք վերաբերում են նպաստառուներին մատուցված բուժօգնության ծառայությունների համար երրորդ կողմերի իրավական պատասխանատվությանը: Մենք բոլոր ողջամիտ ջանքերը կգործադրենք ապահովելու համար, որ Medi-Cal-ը վերջին ատյանի վճարողը լինի:

D. Ծանուցում երրորդ կողմի պարտականությունների մասին

Եթե Դուք վնասվել եք կամ հիվանդ եք, որի համար պատասխանատու է երրորդ կողմը, և այն առաջացել է զանցառու կամ միջազգային օրենքի կամ անփութության պատճառով, մենք Ձեզ կուղարկենք ողջամիտ ծախսերի հայտարարագիրը մատուցված ծառայությունների համար: Ծախսերը հաշվարկվելու են ստորև ցուցադրված ձևով: Ինչևիցե, Դուք չպետք է ինչ-որ վճարում կատարեք, եթե ֆինանսական պատասխանատվությունը հաստատված չլինի հարցի լուծման միջոցով, դատարանի կամ այլ ձևերով:

Եթե ուզում եք վերականգնել գումարի որոշակի մաս պատասխանատու երրորդ կողմից, Դուք պետք է տեղեկացնեք մեզ այդ մասին: Մեզ պետք է փոխհատուցեն այդ վերականգնման մի մասը այն ծախսերի համար, որոնք նշված են մեր ուղարկած հայտարարագրի մեջ, որոնք ենթակա են հետևյալ պարբերություններում նշված սահմանաչափերին:

a) Մեր կալանադրման գումարը հաշվարկվում է հետևյալ կերպ.

- i. Մատուցված ծառայությունների համար՝ բժշկական ծառայություններ մատուցողին Ծրագրի, Բժշկական խմբի կամ Անկախ պրակտիկայի ասոցիացիայի կողմից փաստացի վճարված գումարը, կամ
- ii. Եթե ծառայությունները մատուցվել են հիմնական հիմքերի վրա, սովորական կամ բնականոն ծախսերի ութսուն (80%) տոկոսը, և միևնույն ծառայությունների համար բնականոն ծախսը ոչ հիմնական հիմքերի վրա մատուցված միևնույն աշխարհագրական տարածքում, որտեղ մատուցվել են ծառայությունները:
- iii. Եթե և ոչ հիմնական և հիմնական ծառայությունները մատուցվել են Ձեզ, և մեր հիմնական ծառայությունների մատուցողը վճարում է Ձեր ստացած ոչ հիմնական ծառայությունների համար, ապա ամեն մի նման կալանադրումը չի գերազանցի հետևյալ գումարը.
 - (i) ողջամիտ ծախսերը, որոնք փաստացի վճարվել են կալանադրումը կատարելու համար, և
 - (ii) վերոնշյալ «a»-ում և «b»-ում համապատասխանաբար նշված գումարները:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



- b) Մեր առավելագույն կալանադրման վերականգնումը ենթակա է հետևյալ սահմանափակումների.
- i. Եթե Դուք օգտվել եք փաստաբանի ծառայություններից, ապա կալանադրումը չի գերազանցի հետևյալ գումարների նվազագույնից.
 - (i) Վերոնշյալ առավելագույն գումարը #1-ի տակ նշված; կամ
 - (ii) Գումարի մեկ երրորդը (1/3), որը Դուք պետք է ստանաք վերջնական դատավարության, փոխգիշման կամ կարգավորման համաձայնագրերի շրջանակներում:
 - ii. Եթե Դուք չեք օգտվել փաստաբանի ծառայություններից, ապա կալանադրումը չի գերազանցի հետևյալ գումարների նվազագույնից.
 - (i) Վերոնշյալ առավելագույն գումարը #1-ի տակ նշված; կամ
 - (ii) Գումարի մեկ երկրորդը (1/2), որը Դուք պետք է ստանաք վերջնական դատավարության, փոխգիշման կամ կարգավորման համաձայնագրերի շրջանակներում:
- c) Մեր կալանադրման վերականգնումները ենթակա են այս հետագա կրճատումներին.
- i. Եթե դատավորը, ատենակալները կամ իրավապաշտպանը գտնի, որ Դուք մասամբ մեղավոր եք, մեր կալանադրման վերականգնումը կնվազեցվի նույն մեղավորության տոկոսի չափով, որքանով որ նվազեցվել է Ձեր վերականգնումը:
 - ii. Համապատասխան նվազեցում Ձեր փաստաբանի ողջամիտ վճարների (առկայության դեպքում) և ծախսերի համար:

Կալանադրման վերոնշյալ սահմանափակումները չեն տարածվում Աշխատավորների փոխհատուցման կալանադրման վրա:

Համաձայն վերոնշյալ սահմանափակումների, Դուք Blue Shield of California Promise Health Plan-ին տալիս եք հայցի և կալանադրման իրավունք՝ կարգավորման, դատավարության կամ դատավճռի միջոցով վերականգնված բոլոր գումարների համար: Ձեզանից կպահանջվեն փաստաթղթեր և անհրաժեշտ տեղեկություններ՝ որոշումը, հայցը կամ կալանադրումը նշանակելու համար՝ վերականգնման իրավունքը սահմանելու համար:

Ինչպես նաև, մենք ըստ պայմանագրի, իրավունք ենք շնորհել մատուցողներին հաստատելու երրորդ կողմի կալանադրման իրավունքները մեր անդամների դեմ՝ մատուցողի կողմից մատուցած կամ նրանց համար կազմակերպած ծառայությունների համար:

Պայմանագրով համագործակցող Բժշկական խմբերը, բժիշկները և Անկախ պրակտիկայի ասոցիացիաները*, որոնք հաստատում են կալանադրման իրավունքները անդամների դեմ, պետք է հետևեն վերոնշյալ ընթացակարգերին:

E. Ոչ խտրականության ծանուցում

Խտրականությունը դեմ է օրենքին

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը համապատասխանում է ֆեդերալ քաղաքացիական իրավունքի օրենքներին և չի խտրականացնում, բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ վարվում նրանց հետ, ըստ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, էթնիկ խմբերի նույնականացման, բժշկական վիճակի, գենետիկ տեղեկատվության, նախնիների, կրոնի, սեռի, ընտանեկան կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, հոգեկան խանգարման կամ ֆիզիկական հաշմանդամության: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը տրամադրում է՝

- Անվճար օժանդակություն և ծառայություններ է տրամադրում հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ արդյունավետ հաղորդակցվելու համար, այդ թվում՝
 - Որակավորված ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (մեծ տպագիր, ձայնային, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր)
- Տրամադրում է անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում մայրենի լեզուն անգլերենը չէ, այդ թվում՝
 - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, դիմեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգողին:

Եթե կարծում եք, որ Blue Shield of California Promise Health Plan-ը չի կարողացել տրամադրել այդ ծառայությունները կամ այլ կերպ խտրականացրել է ըստ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, էթնիկ խմբերի նույնականացման, բժշկական վիճակի, գենետիկ տեղեկատվության, նախնիների, կրոնի, սեռի, ընտանեկան կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, հոգեկան խանգարման կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել՝

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Հեռախոս՝ (844) 883-2233 (TTY՝ 711)
Ֆաքս՝ (323) 889-2228
ԷԼՓՈՍՏ՝ BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ, փոստով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողը կօգնի Ձեզ:

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդու ծառայությունների վարչության, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի միջոցով, Էլեկտրոնային տարբերակով քաղաքացիական (U.S. Department of Health and Human Services) իրավունքների բողոքարկման պորտալի գրասենյակի միջոցով, որը հասանելի է հետևյալ հղումով՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> կամ փոստով կամ հեռախոսով՝

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ

օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



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)

Medicare-ի բողոքների ձևը հասանելի է՝ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>:



Գլուխ 12. Կարևոր բառերի սահմանումները

Ներածություն

Այս գլուխն ընդգրկում է *Անդամի ձեռնարկի* ամբողջ ընթացքում օգտագործվող հիմնական հասկացությունները՝ իրենց սահմանումներով: Տերմինները դասավորված են այբբենական կարգով: Եթե չեք կարողանում գտնել որոնվող տերմինը կամ եթե ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տեղեկատվություն, քան սահմանումն է ներառում, ապա դիմե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:



Cal MediConnect՝ Ծրագիր, որը տրամադրում է և Medicare-ի, և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ առողջապահական ծրագրի շրջանակներում: Դուք մեկ Անդամի ID քարտ եք ունենում Ձեր բոլոր նպաստների համար:

California-ի առողջապահական ծառայությունների վարչություն (California Department of Health Care Services, DHCS)՝ Կալիֆորնիայում գործող պետական դեպարտամենտ, որը վերահսկում է Medicaid ծրագիրը (կոչվում է Medi-Cal Կալիֆորնիայում), որը այս ձեռնարկում սովորաբար կոչվում է «Պետական»:

Medi-Cal ծրագրեր՝ Ծրագրեր, որոնք փոխհատուցում են միայն Medi-Cal-ի նպաստները՝ երկարատև ծառայություններն ու աջակցումը, բժշկական սարքավորումները և փոխադրամիջոցները: Medicare-ի նպաստները դրանց մեջ չեն մտնում:

Medi-Cal՝ Սա Կալիֆորնիայի Medicaid ծրագրի անունն է: Medi-Cal-ը կառավարվում է պետության կողմից և վճարվում նահանգային և ֆեդերալ կառավարության կողմից:

Այն օգնում է սահմանափակ եկամուտ և միջոցներ ունեցող մարդկանց վճարել երկարաժամկետ խնամքի ծառայությունների և օժանդակման և բժշկական ծախսերի համար:

Այն վճարում է լրացուցիչ ծառայությունների և դեղամիջոցների համար, որոնք չեն մտնում Medicare-ի մեջ:

Medicaid ծրագրերը տարբերվում են պետությունից, սակայն առողջապահական ծախսերի մեծ մասը ապահովված է, եթե Դուք համապատասխանում եք Medicare-ին և Medicaid-ին:

Medi-Cal-ի հետ կապվելու տեղեկությունների համար անցե՛ք՝ Գլուխ 2-ի Բաժին H-ն :

Medicare Advantage Plan՝ Medicare-ի ծրագիրը նաև հայտնի է որպես «Medicare Part C» կամ «MA Plans», որը ծրագրեր է առաջարկում մասնավոր ընկերությունների միջոցով: Medicare-ն այս ընկերություններին վճարում է Medicare-ի Ձեր նպաստների փոխհատուցման համար:

Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններ (CMS)՝ Ֆեդերալ մարմին՝ Medicare-ի գլխավորությամբ: Գլուխ 2-ը բացատրում է, թե ինչպես կապվել CMS-ի հետ:

Medicare-Medi-Cal-ի անդամ (Երկակի իրավասու)՝ Ա նձ, ով իրավասու է և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի փոխհատուցման համար: Medicare-Medi-Cal-ի անդամը նաև կոչվում է «Երկակի իրավասությամբ նպաստառու»:

Medicare-ի Մաս A՝ Medicare ծրագիրը, որը փոխհատուցում է ամենաանհրաժեշտ՝ հիվանդանոցային, բուժքույրական հաստատության, տնային առողջապահության և անհույս հիվանդների բուժօգնության ծառայությունները:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Medicare-ի Մաս B՝ Medicare-ի ծրագիր, որը փոխհատուցում է ծառայություններ (օր.՝ լաբորատոր անալիզներ, վիրահատություններ և այլնություններ բժշկին) և միջոցներ (օր.՝ անվասայլակներ և հենակներ), որոնք անհրաժեշտ են բժշկական տեսակետից՝ հիվանդությունը բուժելու համար: Medicare-ի Մաս B-ով նաև փոխհատուցվում են բազմաթիվ կանխարգելիչ և հետազոտական ծառայություններ:

Medicare-ի Մաս C՝ Medicare-ի ծրագիր, որը թույլ է տալիս մասնավոր առողջության ապահովագրման ընկերություններին տրամադրել Medicare-ի նպաստները Medicare-ի նպաստների ծրագրի միջոցով:

Medicare-ի Մաս D-ի դեղեր՝ Դեղեր, որոնք կարող են փոխհատուցվել Medicare-ի Մաս D-ով: Դեղերի որոշ կատեգորիաներ հատուկ բացառվել են Մաս D-ից կոնգրեսի կողմից: Medi-Cal-ը կարող է փոխհատուցել այդ դեղերի մի մասը:

Medicare-ի Մաս D՝ Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի նպաստների ծրագիր: (Հակիրճ մենք այս ծրագիրն անվանում ենք պարզապես «Մաս D»): Մաս D-ով փոխհատուցվում են ամբողջատոր դեղատոմսով դեղերը, պատվաստանյութերը և որոշ միջոցներ, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի Մաս A-ով կամ Մաս B-ով կամ Medi-Cal-ով: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ծրագրի մեջ մտնում է Medicare-ի Մաս D-ն:

Medicare՝ Ֆեդերալ առողջապահության ապահովագրման ծրագիր՝ 65 և ավելի մեծ տարիքի մարդկանց համար, 65-ից ցածր հաշմանդամության որոշակի կարգ ունեցող մարդկանց և վերջին փուլի երիկամային հիվանդությամբ մարդկանց համար (երիկամների ֆունկցիաների մշտական խանգարմամբ, որը դիալիզի կամ երիկամի փոխպատվաստման կարիք ունի): Medicare ունեցող մարդիկ կարող են ստանալ իրենց Medicare-ի փոխհատուցումները Original Medicare-ի կամ վերահսկվող բուժօգնության ծրագրի միջոցով (անցե՛ք՝ «Առողջապահական ծրագիր») բաժինը:

Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություններ՝ Ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս A-ով և Մաս B-ով: Medicare-ի բոլոր առողջապահական ծրագրերը, այդ թվում նաև մերը, պետք է փոխհատուցեն բոլոր ծառայությունները, որոնք մտնում են Medicare-ի Մաս A-ի և Մաս B-ի մեջ:

Original Medicare (ավանդական Medicare կամ վճարում կոնկրետ

ծառայությունների համար Medicare)՝ Original Medicare-ն առաջարկվում է պետության կողմից: Original Medicare-ի շրջանակներում Medicare-ի ծառայությունները փոխհատուցվում են՝ վճարելով բժիշկներին, հիվանդանոցներին և այլ մատուցողներին այն գումարի չափով, որը սահմանվել է Կոնգրեսի կողմից:

Դուք կարող եք այցելել ցանկացած բժշկի, հիվանդանոց և այլ մատակարարի, որն ընդունում է Medicare: Original Medicare-ը բաղկացած է երկու մասից՝ Մաս A (հիվանդանոցային ապահովագրում) և Մաս B (բժշկական ապահովագրում):

Original Medicare-ը հասանելի է Միացյալ Նահանգների ողջ տարածքում:

Եթե Դուք չեք ցանկանում միանալ մեր ծրագրին, ապա կարող եք ընտրել Original Medicare-ը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ամենօրյա ծախսերի համագումարային սակագին՝ Սակագին, որը կարող է գործել, երբ Ձեր բժիշկը դեղերի մեկ ամսվա պաշարից քիչ քանակությամբ դեղ է նշանակում, և Դուք պետք է վճարեք անհրաժեշտ համավճարը: Ամենօրյա ծախսերի համագումարային սակագինը դա համավճարն է՝ բաժանված մեկ ամսվա մատակարարման մեջ եղած օրերի քանակի վրա:

Ահա մի օրինակ՝ Օրինակ. պատկերացնենք ամբողջ ամսվա մատակարարման Ձեր դեղի համավճարը կազմում է (30-օրյա մատակարարում) \$1.35: Սա նշանակում է, որ դեղի համար Ձեր օրական վճարած գումարը կազմում է \$0.05: Եթե ստանաք 7-օրյա մատակարարում, Ձեր վճարը կկազմի օրական \$0.05՝ բազմապատկած 7 օրով, ընդհանուր վճարը կկազմի՝ \$0.35:

Անդամ (մեր ծրագրի անդամ կամ ծրագրի անդամ)՝ Medicare և Medi-Cal ունեցող անձ, ով իրավասու է փոխհատուցվող ծառայությունների համար, ով գրանցված է մեր ծրագրում, և ում անդամագրումը հաստատվել է Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների (CMS) կենտրոնների ու պետության կողմից:

Անդամի ձեռնարկ և Բացահայտման տեղեկություններ՝ Սույն փաստաթուղթը՝ մեր անդամագրման ձևաթղթի հետ մեկտեղ և բոլոր մնացած կցորդները, լրացուցիչ հոդվածները կամ այլ փաստաթղթեր փոխհատուցման մասին, որտեղ նկարագրված են Ձեր փոխհատուցման մասին տեղեկությունները, թե ինչ պետք է մենք անենք, Ձեր իրավունքները և Ձեր պարտականությունները:

Անկախ բժշկական վերանայում (IMR)՝ Եթե մենք մերժում ենք բժշկական ծառայությունների կամ բուժման համար ներկայացված Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Եթե Դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ և խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ծառայությանը, ներառյալ Ձեզ DME-ն մատակարարումը և դեղանյութերը, ապա կարող եք դիմել Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչություն (Department of Managed Health Care) անկախ բժշկական վերանայում (IMR) անցկացնելու խնդրանքով: IMR-ը Ձեր գործի վերանայումն է այնպիսի բժիշկների կողմից, ովքեր չեն մտնում մեր ծրագրի մեջ: Եթե IMR-ը որոշվի Ձեր օգտին, մենք պետք է տրամադրենք Ձեզ Ձեր ուզած ծառայությունը կամ բուժումը: Դուք ոչինչ չեք վճարում IMR-ի համար:

Անհատականացված բուժօգնության ծրագիր (ICP կամ բուժօգնության ծրագիր)՝ Ծրագիր, որը սահմանում է, թե որ ծառայությունները Դուք կարող եք ստանալ և թե ինչպես: Ձեր ծրագրի մեջ կարող են մտնել բժշկական ծառայություններ, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ և երկարատև ծառայություններ ու աջակցում:

Անձնական առողջության մասին տեղեկատվության գաղտնիությունը (PHI)՝ Տեղեկություններ Ձեր և Ձեր առողջության մասին, ինչպիսիք են Ձեր անունը, հասցեն, սոցիալական ապահովության համարը, բժշկի այցելությունները և բժշկական պատմությունը: Անցնք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Գաղտնիության մասին ծանուցմանը լրացուցիչ տեղեկության համար և իմացե՛ք՝ ինչպես պաշտպանել, օգտագործել և բացահայտել Ձեր PHI-ն, ինչպես նաև Ձեր PHI-ի իրավունքները:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր՝ Առանց դեղատոմսի դեղերը վերաբերում են ցանկացած դեղի կամ դեղի, որ անձը կարող է գնել առանց առողջապահական խնամքի մասնագետի կողմից տրված դեղատոմսի:

Առաջնային բուժօգնություն տրամադրող (PCP)՝ Առաջնային բուժօգնություն տրամադրողն այն բժիշկը կամ մատուցողն է, ում առաջինն եք այցելում հիմնական առողջական խնդիրների դեպքում: Նրանք համոզված են, որ Դուք ստանում եք այն խնամքը, որն անհրաժեշտ է առողջ լինելու համար:

Նրանք կարող են նաև խոսել այլ բժիշկների և բուժաշխատողների հետ Ձեր խնամքի մասին և Ձեզ ուղորդել նրանց մոտ:

Բազմաթիվ Medicare առողջապահական ծրագրերում Դուք պետք է օգտագործեք Ձեր Առաջնային բուժօգնություն տրամադրողին՝ նախքան որևէ այլ բուժօգնություն տրամադրող օգտագործելը:

Առաջնային բուժօգնության տրամադրողի ծառայություններից օգտվելու մասին տեղեկատվություն կարող եք գտնել անցնելով՝ Գլուխ 3:

Առկախ վճարումներ Ձեր նպաստները կշարունակվեն՝ մինչ Դուք սպասում եք Մակարդակ 1 բողոքարկման կամ Նահանգային լսման որոշմանը (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք Գլուխ 9-ի Բաժին E): Այս շարունակվող փոխհատուցումը կոչվում է «առկախ վճարումներ»:

Առողջական վիճակի գնահատում. Հիվանդի բժշկական պատմության և ընթացիկ վիճակի վերանայում: Այն օգտագործվում է հիվանդի վիճակը գնահատելու համար և, թե ինչպես այն կարող է փոխվել հետագայում:

Առողջապահական ծրագիր՝ Կազմակերպություն, որը կազմված է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարաժամկետ ծառայություններ մատուցողներից և այլ մատակարարներից: Այն նաև ունի խնամքի համակարգողներ, որոնք օգնում են Ձեզ ծառայություն մատուցողների և ծառայությունների հետ կապված հարցերում: Նրանք բոլորը համատեղ աշխատում են Ձեզ անհրաժեշտ բուժօգնությունը ցուցաբերելու համար:

Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP)՝ Ծրագիր, որը տրամադրում է անվճար և օբյեկտիվ տեղեկություններ և խորհրդատվություն Medicare-ի վերաբերյալ: Գլուխ 2-ի E բաժնում ներկայացված է, թե ինչպես դիմել HICAP-ին:

Առօրյա կյանքում կատարվող գործողություններ (ADL)՝ Այն ամենը, ինչ մարդիկ անում են իրենց առօրյա կյանքում՝ ուտելը, արտաթորանքային օգտվելը, հագնվելը, լոգանք ընդունելը կամ ատամները լվանալը:

Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ՝ Սրա մեջ մտնում են կանխարգելիչ, ախտորոշիչ կամ բուժման ծառայությունները կամ Ձեր ընթացիկ առողջական վիճակը պահպանելու համար մատուցվող ծառայությունները: Սրա մեջ մտնում է այն բուժօգնությունը, որի շնորհիվ կարիք չեք ունենա գնալ հիվանդանոց կամ առողջարան: Այն նաև նշանակում է այն ծառայությունները, միջոցները կամ դեղերը, որոնք համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված ստանդարտներին: Բժշկական անհրաժեշտության Medi-Cal-ի սահմանումը սահմանափակում է առողջապահական ծառայությունները այնպիսի ծառայություններով, որոնք հարկավոր են կյանքի պահպանման, նշանակալի հիվանդությունը կանխելու կամ նշանակալի հաշմանդամությունը կամ սուր ցավը թուլացնելու համար:

Բողոքարկումների Մեր գործողությունները բողոքարկելու եղանակ, երբ գտնում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Բողոքարկման դիմելով, Դուք կարող եք մեզ խնդրել՝ փոխհատուցման վերաբերյալ մեր որոշումը փոխելու խնդրանքով: Գլուխ 9-ի Բաժին E-ում տրված է բողոքարկումների սահմանումը և, թե ինչպես բողոքարկել:

Բողոքի գործընթացը Բողոք, որը ներկայացնում եք մեր կամ մեր ցանցային մատուցողներից կամ դեղատներից մեկի հանդեպ: Սա ներառում է բողոք Ձեր առողջության ծրագրի կողմից Ձեր խնամքի որակի կամ ծառայության որակի վերաբերյալ:

Բողոքներ. Գրավոր կամ բանավոր հայտարարություն, որտեղ նշվում է, որ Դուք խնդիր կամ մտահոգություն ունեք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ բուժօգնության հետ կապված: Սրա մեջ մտնում են բուժօգնության որակի, մեր ցանցային մատուցողների կամ ցանցային դեղատների հետ կապված մտահոգությունները: «Բողոքելու» պաշտոնական տերմինն է՝ «գանգատ ներկայացնելը»:

Բուժօգնության թիմ Անցեք «Միջնորդային բուժօգնության թիմը»

Բուժօգնության ծրագիր Անցեք «Անհատականացված բուժօգնության ծրագիրը»

Բուժօգնության ծրագրի լրացուցիչ ծառայություններ (CPO

ծառայություններ)՝ Լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք կամընտիր են Ձեր Անհատականացված բուժօգնության ծրագրի շրջանակներում (ICP): Այս ծառայությունները չեն փոխարինում երկարատև ծառայություններին և աջակցումներին, որոնք Դուք իրավունք ունեք ստանալ Medi-Cal-ի շրջանակներում:

Բուժօգնության հաստատություն՝ Վայր, որը բուժօգնություն է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող ինքնուրույն ապրել տանը, բայց հիվանդանոց տեղափոխելու կարիք չունեն:

Բրենդային դեղեր Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղ, որը արտադրվում և վաճառվում է հենց արտադրողի կողմից: Բրենդային անվանումով դեղերն ու դեղերի ջեներիկ տարբերակներն ունեն միևնույն բաղադրությունը: Ջեներիկ դեղերը արտադրվում և վաճառվում են դեղամիջոցներ արտադրող այլ ընկերությունների կողմից:

Դեղերի աստիճաններ Աստիճանական կարգերը նույն համալճարով դեղերի խմբեր են: Ջեներիկ, բրենդային անվանմամբ կամ առանց դեղատոմսի (OTC) դեղերը՝ դեղերի օղակների օրինակներն են: Մեր Դեղամիջոցների ցանկի ամեն մի դեղը ծախսերի կիսման չորս (4) աստիճանից մեկում է:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect:



Երկարատև ծառայությունների և աջակցման հետ կապված հարցերով

(LTSS)՝Երկարատև ծառայությունները և աջակցումը այն ծառայություններն են, որոնք բարելավում են երկարատև հիվանդների առողջական վիճակը: Այս ծառայությունների մեծ մասը թույլ են տալիս Ձեզ մնալ Ձեր տանը, ուստի կարիք չեք ունենում գնալ բուժքույրական կենտրոն կամ հիվանդանոց: LTSS-ի մեջ մտնում են Մեծահասակների համայնքային ծառայությունները (CBAS) և Բուժօգնության հաստատությունները (NF):

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME). Որոշ

սարքավորումներ, որոնք ձեր բժիշկը պատվիրում է, որպեսզի տանը օգտագործեք: Այս առարկաների օրինակներ են՝ անվասայլակները, գլխարկներ, հերմետիկները, հագեցած դռնակային համակարգեր, դիաբետիկ պարագաներ, հիվանդանոցային մահճակալներ, որոնք մատակարարվում են տանը օգտագործելու համար, IV ինֆուզիոն պոմպեր, խոսող սարքեր, թթվածին սարքավորում և պարագաներ, ինգայատորները, ճռնիկները:

Ընդհանուր ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն

(CORF)՝Հաստատություն, որը հիմնականում տրամադրում է վերականգնողական ծառայություններ՝ հիվանդությունից, վնասից կամ վիրահատությունից հետո: Այն առաջարկում է բազմաթիվ ծառայություններ, դրանց թվում են՝ ֆիզիկական թերապիան, սոցիալական կամ հոգեբանական ծառայությունները, շնչառական թերապիան, օկուպացիոն թերապիան, խոսքի խնդիրների թերապիան և տնային պայմաններում առողջական վիճակի ստուգման ծառայությունները:

Լրացուցիչ օգնություն Medicare-ի ծրագիր է, որը օժանդակում է ցածր եկամուտներով մարդկանց՝ հոգալ Medicare-ի Մաս D-ի դեղատոմսով դեղերի ծախսերը, ինչպիսիք են՝ պրեմիումները, նվազեցումները, համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը հաճախ անվանվում է նաև «ցածր եկամուտներով անձանց տրամադրվող սուբսիդիա» կամ «LIS»:

Խնամքի համակարգողԱնձ, ով աշխատում է և Ձեզ հետ, և առողջապահական ծրագրի, և բուժօգնություն մատուցողների հետ՝ ապահովելով Ձեզ անհրաժեշտ բուժօգնությունը:

Ծախսերի համօգտագործման աստիճանԴեղերի խումբ, որոնք ունեն միևնույն համավճարի չափը: *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկի մեջ* մտնող յուրաքանչյուր դեղ (հայտնի է նաև որպես Դեղերի ցուցակ) գտնվում է ծախսերի համօգտագործման չորս (4) աստիճաններից մեկում: Սովորաբար, որքան բարձր է ծախսերի համօգտագործում աստիճանը, այնքան բարձր է դեղի գինը:

Ծախսերի համօգտագործումՁեր բուժօգնության ծախսերի մի մասը, որը Դուք պետք է վճարեք ամեն ամիս՝ մինչ Cal MediConnect-ի նպաստները ուժի մեջ կմտնեն: Ձեր ծախսերի համօգտագործման գումարի չափը կարող է տարբեր լինել՝ կախված ձեր եկամուտներից ու միջոցներից:

Ծախսերի համօգտագործումԳումարի չափը, որը Դուք պետք է վճարեք՝ որոշակի ծառայություններ կամ դեղատոմսով դեղեր ստանալիս: Ծախսերի համօգտագործման մեջ մտնում են համավճարները:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ծառայություններն ընդգրկում են՝ Աշխարհագրական տարածքը, որտեղ ծրագիրը ընդունում է անդամներին, եթե այն սահմանափակ ընդունելության տեղեր ունի՝ բնակության վայրի վրա հիմնված: Այն ծրագրերի դեպքում, որտեղ կան սահմանափակումներ բժշկների և հիվանդանոցների հետ կապված, դա սովորաբար այն տարածքն է, որտեղ կարող եք ստանալ սովորական (ոչ շտապ) ծառայությունները: Միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ կարող են միանալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին:

Կազմակերպության սահմանում՝ Ծրագիրը ստեղծել է կազմակերպության սահմանում, երբ այն կամ իր մատուցողներից մեկը որոշում է՝ արդյոք ծառայությունները փոխհատուցվելու են, թե ոչ, կամ որքան եք վճարելու փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Կազմակերպության սահմանումները կոչվում են «փոխհատուցման որոշումներ» այս ձեռնարկում: Գլուխ 9-ի Բաժիններ D, E, և F-ում ասվում է, թե ինչպես դիմել մեզ փոխհատուցման որոշման համար:

Կամավոր հրաժարում Մեր ծրագրից հրաժարվելու գործընթացը: Ապանդամագրումը կարող է լինել կամավոր (ըստ ձեր ցանկության) կամ ոչ կամավոր (ոչ ձեր ցանկությամբ):

Կանխիկ վճարումներ՝ Ծախսերի համագտագործման պահանջներ անդամների հանդեպ՝ վճարելու իրենց ստացած ծառայությունների կամ դեղերի մի մասի դիմաց, որը նաև կոչվում է «կանխիկ վճարումներ»: Անցե՛ք վերը նշված «ծախսերի համագտագործման» սահմանմանը:

Կառավարվող առողջապահական խնամքի դեպարտամենտ (DMHC): Պետական դեպարտամենտ Կալիֆորնիայում, որը պատասխանատվություն է կրում առողջապահական ծրագրերի կարգավորման համար: Կառավարվող բուժսպասարկման դեպարտամենտը (DMHC) Cal MediConnect ծրագրի մասնակիցներին օգնում է Medi-Cal ծառայությունների հետ կապված բողոքարկումների և բողոքների ներկայացման և ուսումնասիրության հարցում: DMHC-ը նաև իրականացնում է Անկախ բժշկական վերանայումներ (IMR):

Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ Մեր ծրագրի մեջ մտնող բաժանմունք, որը պատասխանատու է անդամակցության, նպաստների, գանգատների և բողոքարկումների վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի հետ կապվելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Գլուխ 2-ի Բաժին A-ն:

Համապարփակ բուժօգնության ծրագիր տարեց մարդկանց համար (PACE)՝ Ծրագիր, որը փոխհատուցում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները միասին՝ 55 և ավելի մեծ տարիքի անձանց համար, ովքեր խիստ բուժօգնության կարիք ունեն՝ տանը ապրելու համար:

Համավճարֆիքսված գումար, որը Դուք վճարում եք որպես Ձեր չափաբաժին՝ ամեն անգամ, երբ ստանում եք որոշակի ծառայություններ կամ դեղատոմսով դեղեր: Օրինակ, Դուք կարող եք վճարեք \$2 կամ \$5 ինչ-որ ծառայության կամ դեղատոմսով դեղի համար:

Հոգեկան առողջություն Համապարփակ տերմին, որը վերաբերվում է հոգեկան առողջությանը և արգելված կյուբերի հետևանքով առաջացած խանգարումներին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Հոսպիս՝ Բուժօգնության և աջակցման ծրագիր, որն օգնում է վերջին փուլի հիվանդությամբ հիվանդներին հարմարավետ ապրել: Վերջին փուլ նշանակում է, որ հիվանդի մոտ վերջին փուլի հիվանդություն է և նրան մնացել է ապրելու վեց ամիս կամ ավելի քիչ:

Ծրագրի այն մասնակիցը, որն ունի անբուժելի հիվանդության կանխատեսում կարող է ընտրել հոսպիսը:

Հատուկ վերապատրաստված անձնակազմը և բուժաշխատողները մատուցում են կոմպլեքս ծառայություններ այդ անձին՝ ներառյալ ֆիզիկական, էմոցիոնալ, սոցիալական և հոգևոր կարիքները:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը պետք է տրամադրի Ձեզ նման հիվանդանոցների ամբողջական ցուցակը, որոնք գործում են Ձեր տարածաշրջանում:

Մաս A՝ Անցե՞ք՝ «Medicare-ի Մաս A»

Մաս B՝ Անցե՞ք՝ «Medicare-ի Մաս B»՝

Մաս C՝ Անցե՞ք՝ «Medicare-ի Մաս C»՝

Մաս D դեղեր՝ Անցե՞ք՝ «Medicare-ի Մաս D դեղեր»՝

Մաս D՝ Անցե՞ք՝ «Medicare-ի Մաս D»՝

Մասնագետ՝ Բժիշկ, որը մատուցում է բուժօգնությունը որոշակի հատուկ հիվանդության կամ մարմնի մասի համար:

Մասնագիտացված բուժհաստատության (SNF) կողմից ցուցաբերվող

բուժօգնություն՝ Մասնագիտացված բուժհաստատության կողմից ցուցաբերվող բուժօգնություն և վերականգնողական ծառայություններ, որոնք մատուցվում են շարունակաբար՝ ամեն օր: Պրոֆեսիոնալ խնամքի հաստատության խնամքի օրինակներ կարող են համարվել ֆիզիկական թերապիան կամ ներերակային (IV) ներարկումները, որոնք կարող են կատարվել գրանցված բուժքրոջ կողմից:

Մասնագիտացված բուժհաստատության (SNF)՝ Բուժհաստատություն, որն ունի համապատասխան անձնակազմ և սարքավորումներ՝ բարձրակարգ բուժօգնություն տրամադրելու համար, հիմնականում՝ վերականգնողական ծառայություններ և այլ առնչվող ծառայություններ:

Մարդու իրավունքների պաշտպան՝ Ձեր նահանգի գրասենյակն փաստաբան է աշխատում Ձեր անունից: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե Դուք ունեք խնդիր կամ բողոք և կարող եք օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անեք: Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծառայություններն անվճար են: Դուք կարող եք Cal MediConnect Ombuds Program-ի մասին լրացուցիչ տեղեկություն ստանալ այս ձեռնարկի Գլուխ 2-ում և 9-ում :

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Մեծահասակների համայնքային ծառայություններ (CBAS)՝ Ամբուլատոր, հաստատությունում մատուցվող ծառայությունների ծրագիր, որը մատուցում է մասնագիտացված բուժքույրական օգնություն, սոցիալական ծառայություններ, թերապիաներ, անձնական խնամք, ընտանիքի անդամների/խնամակալի ուսուցում և աջակցում, սննդային ծառայություններ, փոխադրամիջոցներ և այլ ծառայություններ, եթե համապատասխանում է կիրառելի իրավասության չափանիշներին:

Միջնուղային բուժօգնության թիմ (ICT կամ Բուժօգնության թիմ)՝ Բուժօգնության թիմի մեջ կարող են մտնել բժիշկները, քույրերը, խորհրդատուները կամ այլ բուժաշխատողներ, ովքեր Ձեզ ծառայություններ են մատուցում: Դուք՝ Ձեր բուժօգնության թիմի հետ համատեղ կկազմեք բուժօգնության ծրագիրը:

Մնացորդային հաշվի ներկայացում՝ Իրավիճակ, երբ մատուցողը (բժիշկը կամ հիվանդանոցը) ծրագրի ծախսերի համօգտագործման գումարը գերազանցող հաշիվ է ներկայացնում անձին: Ցույց տվեք Ձեր Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի ID քարտը, երբ Դուք ստանում եք որևէ ծառայություններ կամ դեղատոմսեր: Անհասկանալի հաշիվ ստանալու դեպքում զանգահարեք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն:

Որպես Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամ՝ Դուք միայն վճարելու եք ծրագրի ծախսերի համօգտագործման գումարները՝ մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները ստանալիս: Մենք թույլ չենք տալիս մատուցողներին ներկայացնել Ձեզ այս գումարից բարձր գումար գանձել:

Մշակութային իրավասությունների վերապատրաստումՄշակութային հմտությունների դասընթացը լրացուցիչ կրթություն է մեր բուժաշխատողների համար, որոնք օգնում են նրանց ավելի լավ հասկանալ Ձեր բազան, արժեքները և հավատալիքները՝ հարմարեցնելով ծառայությունները ձեր սոցիալական, մշակութային և լեզվական կարիքները բավարարելու համար:

Նախնական թույլտվություն՝ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից նախնական թույլտվությունը կարող եք ստանալ հատուկ ծառայություն կամ դեղորայք կամ ցանցից դուրս մատակարար ստանալուց առաջ: Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կարող է չփոխհատուցել ծառայությունը, եթե հաստատում չստանաք:

Որոշ դեղեր կարող են փոխհատուցվել միայն, եթե մեզանից ստանաք նախնական թույլտվություն:

Փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնք նախնական հաստատման կարիք ունեն, նշված են Նպաստների աղյուսակում՝ Գլուխ 4-ում:

Որոշ դեղերի համար փոխհատուցում տրամադրվում է միայն մեզանից նախնական թույլտվություն ստանալու դեպքում:

Փոխհատուցվող դեղերը, որոնց համար անհրաժեշտ է նախնական թույլտվություն, նշված են *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում*:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Նահանգային Լսում՝ Եթե Ձեր բժիշկը կամ որևէ այլ մատուցող խնդրի Medi-Cal-ի այնպիսի ծառայություն, որը մենք չհաստատենք, կամ, եթե մենք այլևս չվճարենք Medi-Cal-ի ծառայության համար, որն արդեն տրամադրվել է Ձեզ, Դուք իրավունք ունեք պահանջել Նահանգային օբյեկտիվ լսում: Եթե Նահանգային օբյեկտիվ լսումը որոշվի Ձեր օգտին, մենք պետք է տրամադրենք Ձեզ Ձեր ուզած ծառայությունը:

Շտապ բուժօգնություն Արտակարգ իրավիճակը այն իրավիճակն է, երբ Դուք կամ բժշկական միջին գիտելիքներով որևէ այլ անձ կարծում է, որ Ձեզ մոտ վատառողջ նախանշաններ են նկատվում, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական միջամտություն, հակառակ դեպքում կարող է լինել մահացու դեպք, մարմնի որևէ մասի կորուստ կամ որևէ օրգանի դիսֆունկցիա: Բժշկական շտապ բուժօգնությունը սուր ցավերով կամ լուրջ վնասվածքներով իրավիճակն է:

Շտապ բուժօգնություն՝ Բուժօգնություն, որը ստանում եք հանկարծակի պատահած հիվանդության, վնասվածքի կամ այնպիսի իրավիճակների դեպքում, որը արտակարգ իրավիճակ չէ, սակայն անհապաղ բուժօգնության կարիք ունի: Անհապաղ բուժօգնություն կարող եք ստանալ ցանցի մեջ չմտնող ծառայություն մատուցողներից, երբ ցանցային մատուցողները անհասանելի են կամ չեք կարող հասնել նրանց:

Շտապ օգնության խնամք, Փոխհատուցվող ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են հատուկ վերապատրաստված անձնակազմի կողմից և, որոնք պահանջվում են արտակարգ իրավիճակների դեպքում:

Ոչ ցանցային դեղատնից՝ Դեղատուն, որը չի համագործակցում մեր ծրագրի հետ կամ չի տրամադրում դեղեր մեր ծրագրի անդամներին: Դեղերը, որոնք գնում եք ցանցից դուրս դեղատներից, չեն փոխհատուցվում մեր ծրագրի կողմից, եթե ինչ-որ բացառություններ չկան:

Ոչ ցանցային մատակարար կամ ոչ ցանցային հաստատություն՝ Ծառայություններ մատուցող կամ հաստատություն, որը չի վճարվում մեր ծրագրի կողմից, չի պատկանում մեզ կամ չի գործարկվում մեր ծրագրի կողմից և չունի մեզ հետ պայմանագիր՝ մեր անդամներին փոխհատուցվող ծառայություններ մատուցելու համար: Գլուխ 3-ի D բաժնի ընդերքում տրամադրվում է ցանցում չընդգրկված մատակարարի կամ հաստատության մասին տեղեկատվություն:

Որակի վերահսկման կազմակերպություն (ՉԻՕ)՝ Բժիշկների և այլ բուժաշխատողների մի խումբ, ովքեր օգնում են բարելավել Medicare ունեցող մարդկանց բուժօգնության որակը: Նրանք վճարվում են ֆեդերալ մարմինների կողմից՝ հիվանդներին մատուցվող ծառայությունները ստուգելու և բարելավելու համար: Ձեր նահանգի որակի բարելավման կազմակերպության հետ կապ հաստատելու մասին տեղեկություններ կարող եք ստանալ անցնելով Գլուխ 2:

Ուղեգիր՝ Ուղեգիր նշանակում է, որ Ձեր PCP-ն պետք է թույլտվություն տա նախքան կկարողանաք օգտվել ցանցային որևէ այլ մատակարարի ծառայություններից: Եթե Դուք հաստատում չստանաք, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը կարող է չփոխհատուցել ծառայությունը: Ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր որոշ մասնագետներից օգտվելու համար, ինչպիսիք են՝ կանանց առողջության մասնագետները: Դուք կարող եք գտնել լրացուցիչ տեղեկություններ PCP-ի ընտրության մասին, Գլուխ 4-ում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Պրոթեզային սարքեր և հարակից միջոցներ՝ Սրանք այն սարքավորումներն են, որոնք պատվիրվում են ձեր բժշկի կամ այլ բուժաշխատողի կողմից: Ապահովագրված իրերը ներառում են այդ թվում՝ ձեռքերի, մեջքի կամ պարանոցի հենարաններով, արհեստական վերջույթներով, արհեստական աչքերով, և ներքին օրգաններ կամ ֆունկցիաներ փոխարինելու համար անհրաժեշտ սարքավորմամբ, այդ թվում, անզսպության խնամքի պարագաներ, բնտերալ և պարենտերալ սնուցման թերապիա:

Ջեներիկ դեղեր Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղ, որը հաստատված է ֆեդերալ մարմինների կողմից և փոխարինում է բրենդային դեղամիջոցին: Ջեներիկ դեղը ունի նույն բաղադրիչները, ինչ բրենդային դեղը: Այն պարզապես ավելի էժան է, սակայն ներգործում է այնպես, ինչպես բրենդային դեղը:

Սոցապահովման լրացուցիչ եկամուտ(SSI)՝ Ամսական նպաստ, որը վճարվում է Սոցապահովման կողմից սահմանափակ եկամուտներով և միջոցներով մարդկանց, հաշմանդամներին, կույրերին կամ 65 կամ ավելի մեծ տարիքի անձանց: SSI նպաստները կապ չունեն Սոցիալական ապահովման նպաստների հետ:

Ստացիոնար ծառայություններ՝ Այս տերմինն օգտագործվում է, երբ Դուք փոխադրվել եք հիվանդանոց՝ մասնագիտացված բուժօգնություն ստանալու համար: Եթե Ձեզ թղթերով չեն ձևակերպել հիվանդանոցում, ապա կհամարվեք ամբուլատոր հիվանդ՝ ստացիոնարի փոխարեն, նույնիսկ, եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում:

Սրտային (սրտի) վերականգնողական ծառայություններ՝ Բուժումը, որը ստանում եք հիվանդությունից, վթարից կամ վիրահատությունից հետո վերականգնվելու համար: Վերականգնողական ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք Գլուխ 4:

Վերաբերյալ: Թույլտվություն, որը տրվում է դեղի փոխհատուցումը ստանալու համար, որը չի գտնվում մեր Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում կամ դեղը առանց կանոնների ու սահմանափակումների օգտագործելու համար:

Վկայագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն Հաստատություն, որը տրամադրում է ամբուլատոր վիրաբուժական ծառայություններ այն հիվանդներին, ովքեր հիվանդանոցի կարիք չունեն և, ում բուժօգնությունը 24 ժամից ավել չպետք է որ տևի:

Տնային առողջապահական օգնականներ՝ Անձ, ով մատուցում է այնպիսի ծառայություններ, որոնք չեն պահանջում լիցենզավորված բուժքրոջ կամ թերապևտի ունակություններ, օրինակ՝ օգնություն անձնական խնամքի հետ կապված հարցերում (ինչպիսիք են՝ լոզանքի ընդունում, զուգարանից օգտվելը, հագնվելը կամ նշանակված վարժությունները կատարելու հարցում): Տնային բուժաշխատողները չունեն բուժքրոջ լիցենզիա և չեն մատուցում թերապևտիկ ծառայություններ:

Ցածր եկամուտներով մարդկանց սուբսիդիա (LIS)՝ Անցե՛ք՝ «Լրացուցիչ օգնություն»՝

Ցանցային դեղատոմս՝ Դա այն դեղատոմսն է, որոնք դեղատոմսեր են դուրս գրելու մեր ծրագրի անդամներին: Դրանք կոչվում են «ցանցային դեղատոմսեր», քանի որ նրանք աշխատում են մեր ծրագրի հետ: Սովորաբար, Ձեր դեղատոմսերը փոխհատուցվում են միայն, եթե նրանք լրացված են մեր ցանցային դեղատոմսից որևէ մեկում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:



Ցանցային ծառայություն մատուցողից՝ «Ծառայություն մատուցողը» ընդհանուր տերմին է, որը մենք օգտագործում ենք բժիշկների, քույրերի և այլ բուժաշխատողների համար: Ծառայություն մատուցողներ տերմինի մեջ նաև մտնում են հիվանդանոցները, տնային առողջության գործակալությունները, կլինիկաները և այլ տեղեր, որտեղ Դուք բուժօգնություն, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ եք ստանում, բժշկական սարքավորումներ, ինչպես նաև որոշակի երկարատև ծառայություններ և աջակցում:

Նրանք լիցենզավորված և վկայագրված են Medicare-ի և պետության կողմից՝ բուժօգնության ծառայություններ տրամադրելու համար:

Նրանք կոչվում են «ցանցային ծառայություն մատուցողներ», որը նրանք համաձայնվում են աշխատել ծրագրի հետ՝ ընդունելով մեր վճարումները և մեր անդամներից լրացուցիչ գանձումներ չեն կատարում:

Քանի դեռ Դուք մեր ծրագրի անդամ եք, Դուք պետք է օգտվեք ցանցային ծառայություն մատուցողներից: Ցանցային ծառայություն մատուցողները նաև կոչվում են «ծրագրի ծառայություն մատուցողներ»:

Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ Դեղերի նպաստների Մաս D-ի փուլ, երբ ծրագիրը վճարում է Ձեր բոլոր դեղերի ծախսերը մինչև տարվա վերջ: Այս փուլը սկսվում է, երբ Դուք հասել եք դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի \$7,050 սահմանաչափին:

Փոխհատուցման նախնական փուլ. Փուլը՝ նախքան Ձեր ընդհանուր Մաս D-ի դեղերի ծախսերը հասնում են \$7,050: Սրա մեջ մտնում են Ձեր վճարած գումարները, մեր ծրագրի կողմից Ձեր անունից վճարած գումարները և ցածր եկամուտ ունեցող մարդկանց սուբսիդիաները: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ ստանում եք տարվա առաջին դուրս թողումը դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար: Այս փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի արժեքի մի մասը, իսկ Դուք վճարում եք ձեր չափաբաժինը:

Փոխհատուցման որոշումներ Որոշում, որով սահմանվում է, թե ինչ նպաստներ կարող են փոխհատուցվել մեր կողմից: Սրա մեջ մտնում են փոխհատուցվող դեղերի և ծառայությունների վերաբերյալ կայացրած որոշումները կամ Ձեր ստացած ծառայությունների համար մեր կողմից վճարվող գումարի չափը: Գլուխ 9-ում ասվում է, թե ինչպես դիմել մեզ փոխհատուցման որոշման համար:

Փոխհատուցվող դեղամիջոցների ցանկ (Դեղերի ցանկ)՝ Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ցանկ, որը փոխհատուցվում է ծրագրի կողմից: Ծրագիրը՝ բժիշկների և դեղատոմսերի օգնությամբ ընտրում է դեղեր այս ցանկի միջից: Դեղերի ցանկում նշված է՝ կան արդյոք օրենքներ, որոնց պետք է հետևեք դեղերը ստանալու համար: Դեղերի ցանկը երբեմն կոչվում է «տեղեկատու»:

Փոխհատուցվող դեղեր Այս տերմինն օգտագործվում է, երբ նկատի ունենք դեղատոմսով դուրս գրվող բոլոր դեղերը, որոնք փոխհատուցվում են մեր ծրագրի կողմից:

Փոխհատուցվող ծառայություններ՝ Այս տերմինի տակ նկատի է ունեցվում առողջապահական, երկարատև ծառայություններն ու աջակցումները, միջոցները, դեղատոմսով և պատենտավորված դեղերը, սարքավորումները և այլ ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են մեր ծրագրի կողմից:

Փուլային թերապիա՝ Փոխհատուցման օրենքն՝ համաձայն որի նախ պետք է փորձեք այլ դեղամիջոց՝ մինչև մենք կփոխհատուցենք Ձեր ուզած դեղը:

Քանակական սահմանափակումներ՝ Դեղի քանակի սահմանափակում, որը կարող է Ձեզ տրամադրվել: Սահմանափակումներ կարող են լինել դեղի գումարի վրա, որը մենք փոխհատուցում ենք ամեն մի դեղատոմսի համար:



Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների խնամքի կենտրոն

ՉԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-855-905-3825 Այս համարներին կատարվող զանգերն անվճար են: Շաբաթը յոթ օր: Ժամը՝ 8:00 մինչև 20:00: Հաճախորդների խնամքի կենտրոնը նաև տրամադրում է թարգմանչի անվճար ծառայություններ անգլերեն չիմացող մարդկանց համար:
TTY՝	711 Այս հեռախոսահամարը լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար է: Այս համարներին կատարվող զանգերն անվճար են: Շաբաթը յոթ օր: Ժամը՝ 8:00 մինչև 20:00:
ՀԱՍՑԵ՝	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
ՎԵԲԿԱՅԷ	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:





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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect