

2022

اضعای امنهار هچباتک/ششوپ دهاوش



Promise Health Plan

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

شهر Los Angeles

پوشش سلامتی و دارویی شما در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

مقدمه کتابچه راهنمای اعضاء

این کتابچه راهنما درباره پوشش شما در طرح Cal MediConnect تا 31 دسامبر 2022 به شما اطلاع رسانی می کند. در این کتابچه خدمات مراقبت سلامت، بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و سوء مصرف مواد)، پوشش داروهای تجویزی، و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت توضیح داده شده اند. خدمات و پشتیبانی های بلند مدت به شما کمک می کنند تا بجای مراجعه به آسایشگاه یا بیمارستان در منزل خود بمانید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

این یک سند حقوقی مهم است. لطفاً آن را در جای امنی نگه دارید.

این طرح Cal MediConnect توسط Blue Shield of California Promise Health Plan ارائه می شود. وقتی این کتابچه اعضا می گوید "ما"، "به ما" یا "متعلق به ما"، این به معنی Blue Shield of California Promise Health Plan است. منظور از "طرح" یا "طرح ما"، طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect می باشد.

ATTENTION: If you speak *English*, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

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.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

(Farsi) فارسی:

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。

(Arabic) العربية:

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 صباحاً إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علماً 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 ជ្រាបពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ 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 निःशुल्क 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.

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 lung

ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungn muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

شما می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. می توانید هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، با شماره (TTY: 711) 1-855-905-3825 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

- هم اکنون و در آینده می توانید یک درخواست دائمی برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی یا با فرمتی دیگر بدهید. برای این درخواست، لطفاً با مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مراقبت از مشتری تماس بگیرید تا آنها زبان و فرمت ترجیحی شما را برای ارتباطات آینده بایگانی کنند. برای به روزرسانی ترجیحات خود، لطفاً با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

کتابچه راهنمای اعضاء 2202 - فهرست مطالب

این فهرست فصل ها و شماره صفحات نقطه شروع شما است. برای کمک بیشتر در یافتن اطلاعات مورد نظرتان، به صفحه اول هر فصل مراجعه کنید. در شروع هر فصل فهرست مفصلی از موضوعات موجود است.

فهرست مطالب

فصل 1: شروع به عنوان یک عضو.....	6
فصل 2: شماره تلفن ها و منابع مهم.....	15
فصل 3: استفاده از پوشش طرح برای مراقبت از سلامتی خود و سایر خدمات تحت پوشش.....	34
فصل 4: جدول مزایا.....	52
فصل 5: گرفتن داروهای تجویزی سرپایی از طریق این طرح.....	103
فصل 6: مبلغی که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal خود می پردازید.....	119
فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده.....	132
فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما.....	137
فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد؟ (تعیین میزان پوشش، تجدیدنظر، شکایات).....	153
فصل 10: انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan.....	199
فصل 11: اعلامیه های قانونی.....	208
فصل 12: تعاریف واژه های مهم.....	212

بیانیه های سلب مسئولیت

- ❖ طرح Blue Shield of California Promise Health یک طرح بیمه سلامت است که برای ارائه همزمان مزایای Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان، با هر دو برنامه قرارداد منعقد کرده است.
- ❖ پوشش طرح Blue Shield of California Promise Health یک پوشش سلامت صلاحیت بخش است به نام "حداقل پوشش ضروری". این پوشش نیازمندی های مسئولیت های مشترک فردی بر اساس قانون حمایت از بیماران و مراقبت مقرون به صرفه را برآورده می کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت مشترک فردی از وب سایت خدمات درآمد داخلی (IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families بازدید کنید.



فصل 1: شروع به عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل شامل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می باشد که یک طرح سلامتی است که تمامی خدمات Medicare و Medi-Cal و عضویت شما در آن را پوشش می دهد. این فصل همچنین به شما می گوید که باید چه انتظار داشته باشید و اینکه چه اطلاعات دیگری را از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. به طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect خوش آمدید	7
B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. مزایای این طرح	8
D. منطقه خدمات طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect	8
E. آنچه شما را واجد شرایط برای عضویت در طرح می کند	9
F. در شروع عضویت با این برنامه بیمه درمانی چه انتظاراتی می توان داشت	9
G. تیم مراقبتی و طرح مراقبتی	10
G1. تیم مراقبتی	10
G2. طرح مراقبتی	10
H. حق بیمه ماهانه طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect	11
I. کتابچه راهنمای اعضاء	11
J. سایر اطلاعاتی که شما از ما دریافت خواهید کرد	11
J1. کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect شما	11
J2. فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها	12
J3. فهرست داروهای تحت پوشش	13
J4. شرح مزایا	13
K. روش به روز نگه داشتن سوابق خود	14
K1. محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات شخصی سلامتی شما (PHI)	14



A. به طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect خوش آمدید

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یک Cal MediConnect می باشد. یک Cal MediConnect Plan سازمانی متشکل از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، ارائه دهندگان خدمات بهداشت رفتاری و دیگر ارائه دهندگان خدمات می باشد. همچنین از وجود هدایتگران و تیم های مراقبتی که به شما در مدیریت همه خدمات و ارائه دهندگان خدمات کمک می کنند، برخوردار است. همه این ها با همکاری با یکدیگر به شما خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه می دهند.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect برای ارائه خدمات به شما به عنوان بخشی از Cal MediConnect مورد تأیید ایالت کالیفرنیا و مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) مورد تأیید قرار گرفته است.

Cal MediConnect برنامه توصیفی است تحت نظارت مشترک California و دولت فدرال برای ارائه خدمات بهتر به افرادی که هم عضو Medicare هستند و هم عضو Medi-Cal. تحت این برنامه، ایالت و دولت فدرال در نظر دارند روش های جدیدی را برای ارتقاء نحوه ارائه خدمات Medicare و Medi-Cal به شما امتحان کنند.

B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal

B.1. Medicare

Medicare یک بیمه درمانی دولتی برای:

- افراد 65 سال یا پیرتر،
- برخی افراد زیر 65 سال که دارای بعضی از ناتوانایی ها هستند، و
- افراد مبتلا به بیماری کلیوی حاد (نارسایی کلیه) است.

B.2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه بیمه درمانی Medicaid کالیفرنیا است. Medi-Cal تحت نظارت دولت عمل می کند و بودجه اش از دولت و دولت فدرال تامین می شود. Medi-Cal به افراد کم درآمد و با امکانات کم کمک می کند تا بتوانند هزینه خدمات و پشتیبانی بلند مدت (خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، یا با اختصار LTSS) و همچنین خدمات پزشکی خود را پرداخت کنند. خدمات و داروهایی را که Medicare پوشش نمی دهد تامین می کند.

هر ایالت این تصمیم ها را می گیرد:

- چه چیزی به عنوان درآمد و منابع محسوب می شود،
- چه فردی واجد شرایط می باشد،
- چه خدماتی تحت پوشش می باشند، و
- هزینه خدمات.

ایالت ها تا زمانی که قوانین فدرال را دنبال کنند می توانند تصمیم بگیرند که چگونه برنامه های خود را اجرا کنند.

Medicare و ایالت کالیفرنیا Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را تأیید کرده اند. شما می توانید با توجه به شرایط زیر از خدمات Medicare و Medi-Cal استفاده کنید:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



- ما قصد ارائه این برنامه بیمه را داریم، و
 - Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما امکان ادامه ارائه این طرح را داده اند.
- حتی اگر در آینده طرح ما ارائه نشود، شما همچنان واجد شرایط دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

C. مزایای این طرح

شما تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود مانند داروهای نسخه ای را از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت خواهید کرد. برای ملحق شدن به این بیمه درمانی هزینه اضافی پرداخت نخواهید کرد.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شما کمک خواهد کرد تا استفاده بهینه تری از مزایای Medicare و Medi-Cal داشته باشید. برخی از این مزایا عبارت هستند از:

- شما می توانید با یک طرح سلامتی تمام نیازهای بیمه درمانی خود را برطرف کنید.
- یک تیم مراقبتی خواهید داشت که در تشکیل آن همکاری خواهید کرد. تیم مراقبت شما ممکن است شامل خود شما، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران، یا دیگر متخصصین امور پزشکی باشد.
- شما به هدایتگر مراقبتی دسترسی خواهید داشت. وی شخصی است که با شما، با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، و تیم مراقبتی شما برای کمک در تهیه یک طرح مراقبتی همکاری خواهد کرد.
- شما خواهید توانست تا با کمک تیم مراقبتی و هدایتگر مراقبتی خود مراقبت از خود را مدیریت کنید.
- تیم مراقبت و هدایتگر مراقبتی برای تهیه یک برنامه مراقبت که جوابگوی نیازمندی های پزشکی شما باشد با شما همکاری خواهند کرد. تیم مراقبتی به شما در هماهنگ کردن خدمات مورد نیازتان کمک خواهد کرد. بدین معنی که:
 - تیم مراقبت شما مطمئن خواهد شد که پزشکان شما از کلیه داروهایی که مصرف می کنید مطلع باشند تا مطمئن شوند که داروهای مناسبی مصرف می کنید و بتوانند اثرات جانبی ممکن از مصرف آن ها را کاهش دهند.
 - تیم مراقبت شما مطمئن خواهد شد که در صورت نیاز، نتیجه آزمایشات شما در اختیار همه پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات، گذاشته شود.

D. منطقه خدمات طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect

ناحیه تحت پوشش ما شامل این شهرستان ها در California می باشد: Los Angeles. فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند عضو طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect شوند. در صورت خارج شدن از محدوده تحت پوشش خدمات ما، دیگر نمی توانید عضو این بیمه باشید. جهت اطلاعات بیشتر درباره اثرات نقل مکان کردن به خارج منطقه خدمات به فصل 8 مراجعه کنید. شما باید با مأمور واجد شرایط بودن کانتی محلی خود به این مشخصات تماس بگیرید:

تلفن: 1-866-613-3777 تماس با این شماره رایگان است. TTY: 711 ساعت های کاری: 7:30 صبح – 5:30 عصر، دوشنبه تا جمعه، به غیر از تعطیلات	شهر Los Angeles بخش خدمات اجتماعی عمومی (DPSS) مرکز خدمات مشتریان
--	---

E. آنچه شما را واجد شرایط برای عضویت در طرح می کند

شما با توجه به شرایط زیر واجد شرایط داشتن بیمه ما خواهید بود:

- در محدوده تحت پوشش خدمات ما زندگی کنید، و
- در هنگام ثبت نام 21 سال یا بیشتر داشته باشید، و
- هر دو بیمه Medicare بخش A و Medicare بخش B را با هم داشته باشید، و
- در حال حاضر واجد شرایط داشتن Medi-Cal باشید، و
- یک شهروند ایالات متحده بوده یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید.

ممکن است در شهرستان شما مقررات دیگری هم برای واجد شرایط بودن وجود داشته باشد. برای اطلاعات بیشتر با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

F. در شروع عضویت با این برنامه بیمه درمانی چه انتظاراتی می توان داشت

در ابتدای ثبت نام در این بیمه، یک ارزیابی خطر سلامت (HRA) طی 45-90 روز اول از شما به عمل خواهد آمد

ما ملزم به انجام یک HRA از شما هستیم. این HRA اساس تهیه برنامه بیمه درمانی فردی (ICP) شما خواهد بود. این HRA شامل سوال هایی برای شناسایی LTSS شما، و سلامت رفتاری و نیازمندی های کارکردی شما خواهد بود.

برای انجام HRA ما با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می توان از طریق ملاقات فردی، تماس تلفنی یا نامه پستی هم انجام داد.

اطلاعات بیشتری را در رابطه با این HRA برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect برای شما تازگی دارد، شما می توانید همچنان تا مدت زمان مشخصی از پزشکان حال حاضر خود استفاده کنید. شما می توانید در صورت دارا بودن کلیه شرایط زیر مجوز های مربوط به ارائه دهندگان خدمات و خدمات فعلی خود در هنگام ثبت نام را تا 12 ماه حفظ کنید:

- شما، نماینده شما، یا ارائه دهنده خدمات شما مستقیماً از ما درخواست می کنند تا از ارائه کنندگان فعلی خود استفاده کنید.
- اگر برای ما ثابت شود که شما دارای یک رابطه فعلی با یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه یا ارائه دهنده خدمات تخصصی (با برخی موارد استثناء) می باشید. منظور ما از رابطه فعلی به این معنی است که شما در خلال 12 ماه قبل از تاریخ عضویت اولیه خود در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan حداقل یکبار برای ویزیت های غیر اورژانسی به یک ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه مراجعه کرده اید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

- ما این رابطه فعلی را با بررسی سوابق پزشکی شما که در اختیار داریم و یا اطلاعاتی که شما به ما می دهید مشخص می کنیم.
 - ما برای جواب دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. همچنین می توانید از ما بخواهید که سریع تر تصمیم گیری کنیم و در آن صورت ما باید طی 15 روز جواب دهیم.
 - شما یا ارائه دهنده خدمات شما باید مستندات مربوط به یک رابطه فعلی را نشان داده و در هنگام انجام درخواست توسط شما با شرایط خاصی موافقت کنید.
- توجه:** این درخواست را نمی توان برای ارائه دهندگان خدمات لوازم پزشکی با طول عمر بالا (DME) حمل و نقل، دیگر خدمات جانبی، یا خدماتی که تحت پوشش Cal MediConnect نیستند ارائه داد.

پس از اتمام دوره ادامه خدمات درمانی، باید از پزشکان و دیگر ارائه کنندگان خدماتی استفاده کنید که عضو شبکه طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect هستند و به گروه پزشکی ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما وابسته هستند، مگر آن که ما با پزشک خارج از شبکه بیمه شما به توافق برسیم. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این بیمه درمانی کار می کند. یک گروه پزشکی یا یک انجمن پزشکی مستقل، یا به اختصار IPA سازمانی است تأسیس یافته طبق قانون کالیفرنیا که برای ارائه یا برنامه ریزی تأمین خدمات مراقبتی درمانی به اعضاء بیمه با بیمه های درمانی قرارداد دارد. یک گروه پزشکی یا IPA انجمنی از پزشکان مراقبت های اولیه و متخصصان می باشد که برای ارائه خدمات مراقبت سلامتی هماهنگ شده به شما ایجاد شده است. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه دهندگان خدمات اولیه به فصل 3 مراجعه نمایید.

G. تیم مراقبتی و طرح مراقبتی

G1. تیم مراقبتی

آیا برای دریافت خدمات درمانی مورد نیاز خود به کمک احتیاج دارید؟ یک تیم مراقبتی می تواند به شما کمک کند. یک تیم مراقبتی می تواند متشکل باشد از پزشک شما، یک هدایتگر مراقبتی، یا هر شخص خدمات درمانی که شما انتخاب کنید.

هدایتگر مراقبتی شخصی است که برای کمک به شما در مدیریت خدمات درمانی مورد نیازتان آموزش دیده است. به هنگام ثبت نام در طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect یک هدایتگر مراقبتی برای شما تعیین می شود. این شخص همچنین در صورتی که طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect خدمات مورد نیاز شما را ارائه ندهد شما را به منابع اجتماع ارجاع می دهد.

برای سوال درباره یک تیم مراقبتی شما می توانید هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب، با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

G2. طرح مراقبتی

تیم مراقبتی با شما برای تهیه یک طرح مراقبتی کار خواهد کرد. یک طرح مراقبتی به شما و پزشکان شما درباره خدمات مورد نیازتان، و چگونگی دریافت آنها اطلاع می دهد. این طرح شامل نیازمندی های خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، و نیازهای LTSS می باشد. طرح مراقبتی شما فقط برای شما و نیازهای شما تهیه می شود.

طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر می باشد:

- اهداف خدمات درمانی شما.
- زمانی که باید خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنید.

تیم مراقبتی پس از ارزیابی خطر سلامت با شما ملاقات خواهد کرد. آنها با شما درباره خدماتی که نیاز دارید صحبت خواهند کرد. آنها همچنین می توانند به شما درباره خدماتی که ممکن است بخواهید درباره دریافت آنها فکر کنید اطلاع می دهند. طرح مراقبتی شما بر اساس نیازمندی هایتان طراحی خواهد شد. تیم مراقبتی شما حداقل سالی یک بار برای به روز رساندن طرح مراقبتی تان با شما کار خواهند کرد.

H. حق بیمه ماهانه طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect هیچگونه حق بیمه ماهانه ای ندارد.

I. کتابچه راهنمای اعضاء

این کتابچه راهنمای اعضاء بخشی از قرارداد ما با شما است. بدین معنی که ما باید همه مقررات ذکر شده در این قرارداد را رعایت کنیم. اگر فکر می کنید که کاری برخلاف این مقررات انجام داده ایم، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید و یا عملکرد ما را به چالش بکشید. جهت کسب اطلاعات درباره چگونگی درخواست تجدیدنظر، به بخش D فصل 9 مراجعه کنید، یا با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

شما می توانید با تماس با مراقبت مشتریان با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از 8:00 صبح تا 8:00 بعد از ظهر، هفت روز هفته، یک کتابچه راهنمای اعضا را درخواست کنید. شما همچنین می توانید به کتابچه راهنمای اعضاء در وب سایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کرده یا آن را از این وب سایت دانلود کنید.

قرارداد برای ماه هایی که شما بین 01 ژانویه 2022 تا 31 دسامبر 2022 در طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect ثبت نام کرده اید، معتبر است.

J. سایر اطلاعاتی که شما از ما دریافت خواهید کرد

باید تا این زمان کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خود، اطلاعات درباره نحوه دسترسی به فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها، و اطلاعاتی درباره روش دسترسی به یک فهرست داروهای تحت پوشش را دریافت کرده باشید.

J1. کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما

در بیمه ما، شما یک کارت برای استفاده از خدمات Medicare و Medi-Cal خود خواهید داشت، که شامل خدمات و پشتیبانی بلند مدت، خدمات بهداشت رفتاری بخصوص، و گرفتن نسخه هم می شود. باید این کارت را به هنگام دریافت خدمات یا نسخه نشان دهید. این یک نمونه از کارت است تا بدانید که کارت شما به چه شکل خواهد بود:

	PLAN NAME LINE 2 LINE 3	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) 970-0938 Behavioral Health (855) 765-9701 (TTY: 711) Submit Rx Claims to: Blue Shield of California Submit Medical Claims to: Blue Shield of California Promise Health Plan P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072 P.O. Box 272660 Chico, CA 95927 This member is enrolled in the service area and outside of California. Member must enroll in the service area to receive services. CA Residents: Refer to the member's Blue Shield of California Promise Health Plan P.O. Box 272660 for more information. Visit blueshieldca.com/promise for more information. Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association.
Member Name: MEMBER NAME LINE 1 MEMBER NAME LINE 2 Member ID: AMPJ12345678 Effective Date: 01/01/2020 PCP: PCP NAME LINE 1 PCP NAME LINE 2 PCP NAME LINE 3 PCP Ph: (555) 123-4567 IP A NAME LA LINE 1 IP A NAME LA LINE 2	MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER: \$0/\$0/\$0 RxBIN: RXBIN RxPCN: RXPCN CMS ID: H0148-PBP 	

اگر کارت Cal MediConnect شما آسیب ببیند، گم شود، یا دزدیده شود، هر چه سریع تر با مراقبت مشتری تماس بگیرید و ما کارت جدیدی برای شما خواهیم فرستاد. شما می توانید با مراقبت مشتریان با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

مادامی که عضو بیمه ما هستید، برای دریافت خدمات Cal MediConnect نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare یا Medi-Cal خود را نخواهید داشت. این کارت ها را برای نیاز احتمالی به آنها در آینده، در جای امنی نگه دارید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت عضویت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خود نشان دهید، ارائه دهنده خدمات ممکن است به جای طرح ما برای Medicare صورتحساب صادر کرده و شما ممکن است یک صورتحساب دریافت کنید. جهت کسب اطلاع از اینکه در صورت دریافت یک صورتحساب از یک ارائه کننده خدمات چکار می توان انجام داد به بخش A فصل 7 مراجعه کنید.

لطفاً به خاطر داشته باشید که برای خدمات بهداشت روانی تخصصی که ممکن است از بیمه بهداشت روانی شهرستان (MHP) دریافت کنید نیاز به کارت Cal-Medi برای دسترسی به آن خدمات خواهید داشت.

J2. فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها

فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها فهرستی از اسامی ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های موجود در شبکه طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect می باشد. تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوشش، به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید. در ابتدای ثبت نام در بیمه ما استثنائاتی وجود دارد (به صفحه 37 مراجعه کنید).

شما می توانید با تماس با مراقبت مشتریان با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از 8:00 صبح تا 8:00 بعد از ظهر، هفت روز هفته، یک فهرست ارائه دهنده و داروخانه را درخواست کنید. همچنین می توانید به فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه ها در وبسایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کرده، یا آن را از این وبسایت دانلود کنید.

فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها شامل مواردی مانند کارکنان حرفه ای خدمات سلامت (مانند پزشکان، پرستاران حرفه ای و روانشناسان)، تسهیلات (مانند بیمارستان ها یا درمانگاه ها)، و ارائه دهندگان خدمات پشتیبانی (مانند سلامت روزانه بزرگسالان و ارائه دهندگان خدمات خانگی) می باشد که شما ممکن است بعنوان عضو طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به آنها مراجعه کنید. فهرست دارای لیست داروخانه هایی می باشد که شما می توانید برای تهیه داروهای نسخه ای خود مورد استفاده قرار دهید. این فهرست همچنین اطلاعاتی را در مورد موارد زیر ارائه می دهد:

- اینکه چه موقع برای مراجعه به سایر ارائه دهندگان خدمات، متخصصان یا مراکز به ارجاع نیاز می باشد، و
- نحوه انتخاب یک پزشک، و
- نحوه تغییر پزشک خود، و
- نحوه یافتن پزشکان، متخصصان، داروخانه ها یا مراکز در منطقه و یا گروه پزشکی IPA/ خود، و
- نحوه دسترسی به خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)، خدمات حمایتی در منزل (IHSS) یا برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، و
- اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به داروخانه های با خدمات سفارش پستی، داروخانه های دارای امکان تزریق در خانه یا داروخانه های مراقبت های طولانی مدت.

تعریف ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه

- ارائه دهندگان شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect عبارتند از:
 - پزشکان، پرستاران، و دیگر متخصصین امور درمانی هستند که شما به عنوان عضوی از طرح ما می توانید از آنها استفاده کنید؛
 - کلینیک ها، بیمارستان ها، مراکز پرستاری، و دیگر اماکنی که تحت بیمه ما خدمات درمانی ارائه می دهند می شوند؛ و

- خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، آژانس های سلامت در خانه، توزیع کنندگان لوازم پزشکی با طول عمر بالا، و دیگر ارائه دهندگان خدماتی است که خدمات و محصولات ارائه می دهند که شما از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می کنید.

ارائه دهندگان خدمات پذیرفته اند که هزینه کامل خدمات را از ما دریافت کنند.

تعریف داروخانه های عضو شبکه

- منظور از داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند (دراگ استورها) که پذیرفته اند نسخه های اعضاء بیمه ما را ارائه دهند. از فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها برای پیدا کردن داروخانه مورد نظر خود در شبکه استفاده کنید.
 - به غیر از موارد اضطراری، اگر مایلید که بیمه ما هزینه نسخه شمار را بپردازد باید به یکی از داروخانه های موجود در شبکه ما مراجعه کنید.
- با مراقبت مشتریان با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید. وب سایت طرح مراقبت از مشتری و Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می تواند به روزترین اطلاعات را در مورد تغییرات داروخانه ها و ارائه دهندگان شبکه ما به شما ارائه دهد.

J3. فهرست داروهای تحت پوشش

این بیمه یک فهرست داروهای تحت پوشش دارد. ما به طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می نامیم. این فهرست داروهای نسخه ای تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را نشان می دهد.

این فهرست دارو همچنین مقررات و محدودیت های هر دارو، مثل محدودیت در مقداری که می توانید بگیرید، را مشخص می کند. جهت اطلاعات بیشتر درباره این قوانین و محدودیت ها بخش C فصل 5 را مطالعه کنید.

هر ساله ما اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به فهرست دارویی را برای شما ارسال خواهیم کرد، اما ممکن است در طول سال تغییراتی در آن صورت بگیرد. برای دریافت به روز ترین اطلاعات درباره داروهای تحت پوشش، به وب سایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید یا با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

J4. شرح مزایا

وقتی شما از مزایای بخش D داروهای تجویزی استفاده می کنید، ما خلاصه ای برای اطلاع و پیگیری هزینه های این قسمت برای شما ارسال می کنیم. این خلاصه شرح مزایا (EOB) نامیده می شود.

شرح مزایا یا به شما اطلاعاتی درباره مبلغ کلی که شما یا شخص دیگری از جانب شما، خرج داروهای نسخه ای بخش D کرده اید، و مبلغ کلی که ما برای هر داروهای نسخه ای بخش D شما طی آن ماه پرداخت کرده ایم ارائه می دهد. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می کنید مانند افزایش قیمت و سایر داروها با هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، را دارد. می توانید در مورد این گزینه های کم هزینه با پزشک خود صحبت کنید. در فصل 6 اطلاعات بیشتری درباره EOB و این که چگونه می تواند به شما در نگهداری سوابق هزینه های داروهایتان کمک کند ارائه شده است.

شما همچنین می توانید یک EOB را درخواست کنید. جهت گرفتن یک نسخه شما می توانید با مراقبت مشتریان با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

K. روش به روز نگه داشتن سوابق خود

شما می توانید سوابق عضویت خود را با اطلاع دادن به ما از هر گونه تغییر در اطلاعات خود به روز نگه دارید. ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شبکه نیاز به داشتن اطلاعات صحیحی از شما دارند. آنها از سوابق شما برای اطلاع از این که چه نوع خدمات و داروهایی مصرف می کنید و چه هزینه ای بابت آنها پرداخت می کنید استفاده می کنند. به این دلیل، کمک شما به ما در به روز نگه داشتن اطلاعاتتان بسیار حائز اهمیت است.

موارد زیر را به ما اطلاع دهید:

- تغییرها در نام، نشانی، یا شماره تلفن خود.
 - تغییرات در هر پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند بیمه از جانب کارفرمای خود، کارفرمای همسران، یا کارفرمای شریک زندگی شما، یا بیمه خسارت کارگران.
 - هر گونه تعهد پرداخت خسارت، مانند جبران خسارت برای یک تصادف با اتومبیل.
 - بستری شدن در یک آسایشگاه یا بیمارستان.
 - دریافت مراقب های درمانی در یک بیمارستان یا اتاق اورژانس.
 - تغییر مراقب شما (یا شخصی که مسئول شما می باشد)
 - اگر جزو یک مطالعه تحقیقاتی بالینی بوده یا بشوید.
- می توانید از طریق تماس با مراقبت مشتریان طرح با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته، تغییرات در اطلاعات خود را به ما اطلاع دهید.

K1. محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات شخصی سلامتی شما (PHI)

اطلاعات موجود در سوابق عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات شخصی سلامتی (PHI) باشد. بر اساس قوانین ایالتی و فدرال ما ملزم هستیم که PHI شما را خصوصی نگه داریم. ما اطمینان حاصل می کنیم که از PHI شما محافظت شود. جهت جزئیات بیشتر درباره نحوه حفاظت ما از PHI شما توسط ما، به بخش C فصل 8 مراجعه کنید.



فصل 2: شماره تلفن ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس برای منابع مهمی را به شما ارائه می دهد که می تواند به شما در پاسخ دادن به سوالات شما درباره طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect و مزایای مراقبت های سلامتی شما کمک کند. شما همچنین می توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با هدایتگر مراقبتی و دیگریانی که می توانند از طرف شما نمایندگی کنند استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

- A. نحوه تماس با مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 16
- A1. مواردی که در آن باید با مراقبت مشتریان تماس گرفت 16
- B. روش تماس با هدایتگر مراقبتی خود 19
- B1. چه موقع باید با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت 19
- C. چه گونه می توان با خط مشاوره پرستاری تماس گرفت 21
- C1. در چه مواردی باید با خط مشاوره پرستاری تماس گرفت 21
- D. با خط کمک بحران بهداشت رفتاری برای موارد زیر تماس بگیرید 22
- D1. در چه مواردی باید با خط کمک بحران سلامت رفتاری تماس گرفت 22
- E. چگونه می توان با برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (HICAP) تماس گرفت 23
- E1. مواردی که در آن باید با HICAP تماس گرفت 23
- F. روش تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO) 24
- F1. چه زمانی با Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) تماس بگیریم 24
- G. چگونه می توان با Medicare تماس گرفت 25
- H. روش تماس با Medi-Cal گزینه های مراقبت های بهداشتی 26
- I. روش تماس با برنامه Cal MediConnect Ombuds 27
- J. روش تماس با خدمات اجتماعی شهر 28
- K. با بیمه بهداشت روانی تخصصی شهر خود برای موارد زیر تماس بگیرید 29
- K1. با بیمه بهداشت روانی تخصصی شهر خود برای موارد زیر تماس بگیرید 29
- L. چگونه تماس با بخش مراقبت های بهداشتی مدیریت California 30
- M. سایر منابع 31



A. نحوه تماس با مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

تلفن	1-855-905-3825 تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. با تماس با شماره بالا شما می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است. 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته.
نوشتن	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
وب سایت	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. مواردی که در آن باید با مراقبت مشتریان تماس گرفت

- سوال درباره بیمه درمانی
- سوال درباره خسارات، صورت حساب یا کارت های عضویت
- تصمیمات درباره پوشش مراقبت های درمانی شما
 - منظور از تصمیم درباره بیمه درمانی شما تصمیمی است در مورد:
 - مزایا و خدمات تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می کنیم.
 - در صورت داشتن سوال درباره یک تصمیم پوشش دادن در مورد مراقبت سلامتی خود با ما تماس بگیرید.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات مربوط به پوشش به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

- تجدیدنظر درباره مراقبت های سلامتی شما
 - یک تجدید نظر نحوه رسمی درخواست از ما برای مرور تصمیمی است که درباره پوشش بیمه شما گرفته ایم و درخواست تغییر آن در صورتی که فکر کنیم اشتباه کرده ایم.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.
- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی شما
 - شما می توانید از ما یا هر ارائه کننده خدمات (اعضاء شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این بیمه درمانی کار می کند. شما همچنین می توانید در رابطه با کیفیت خدمات درمانی که از ما دریافت کرده اید به (سازمان بهبود کیفیت) شکایت کنید به بخش F در زیر مراجعه کنید.
 - می توانید به ما زنگ بزنید و شکایت خود را مطرح کنید. با مراقبت مشتریان با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.
 - اگر شکایت شما به تصمیم پوشش دادن خدمات درمانی شما مربوط می شود، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش بالا مراجعه کنید).
 - شما می توانید شکایت خود از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را نزد Medicare مطرح کنید. شما می توانید از یک فرم آنلاین در آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می توانید با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) برای دریافت کمک تماس بگیرید.
 - شما می توانید شکایت خود از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را با برنامه Cal MediConnect Ombuds از طریق تماس با شماره تلفن 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914)، دوشنبه تا جمعه، 9:00 صبح تا 5:00 عصر مطرح کنید.
 - برای اطلاعات درباره نحوه طرح شکایت درباره خدمات درمانی خود به فصل 9، بخش J مراجعه کنید.
- تصمیمات درباره پوشش داروهای شما
 - منظور از تصمیم پوشش بیمه درباره داروهای شما تصمیمی است در مورد:
 - مزایا و داروهای تحت پوشش، یا
 - مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت می کنیم.
 - این امر شامل داروهای بخش D شما، داروهای تجویزی Medi-Cal، و داروهای بدون نسخه Medi-Cal می شود.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تعیین پوشش داروهای تجویز شده خود به بخش F فصل 9 مراجعه کنید.
- درخواست تجدید نظر برای داروهایتان
 - یک تجدید نظر نحوه ای است برای درخواست تغییر تصمیم پوشش بیمه ما.

○ برای درخواست تجدید نظر نسبت به تعیین پوشش برای هر یک از داورهایتان که در فهرست داروهای تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (فرمولاری) قرار دارند، با مراقبت مشتری به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. داروهای Medi-Cal در فرمولاری با علامت (*) مشخص شده اند.

○ برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست تجدیدنظر درباره داروهای نسخه ای خود به بخش J از فصل 9 مراجعه کنید.

● شکایات مربوط به داروهای شما

○ شما می توانید از ما یا هر داروخانه ای شکایت کنید. این شامل شکایت در مورد داروهای با نسخه هم می شود.

○ اگر شکایت شما درباره تصمیمی در مورد پوشش بیمه داروهایتان باشد، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. (به بخش بالا مراجعه فرمایید.)

○ شما می توانید شکایت خود از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را نزد Medicare مطرح کنید. شما می توانید از یک فرم آنلاین در آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می توانید با شماره تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE برای دریافت کمک تماس بگیرید. کاربران TTY/TTD باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

○ برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه شکایت درباره داروهای نسخه ای خود به بخش J از فصل 9 مراجعه کنید.

● پرداخت هزینه برای مراقبت های درمانی یا داروهایی که برای آنها از پیش پرداخت کرده اید

○ جهت اطلاع بیشتر درباره نحوه درخواست بازپرداخت از ما، یا پرداخت صورت حسابی که دریافت کرده اید، به بخش A فصل 7 مراجعه کنید.

○ اگر شما از ما بخواهید که صورت حسابی را پرداخت کنیم و ما بخشی از درخواست شما را نپذیریم، شما می توانید برای این تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. جهت اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها به بخش D2 فصل 9 مراجعه کنید.

B. روش تماس با هدایتگر مراقبتی خود

هدایتگر مراقبتی شخصی است که برای کمک به شما در هماهنگی فرآیند خدمات درمانی تان آموزش خاصی دیده است. هدایتگر مراقبتی عضوی از تیم مراقبتی شما است، و او به عنوان مرجع تماس اولیه شما عمل می کند. به هنگام ثبت نام با این بیمه درمانی یک هدایتگر مراقبتی برای شما تعیین خواهد شد. هدایتگر مراقبتی با شما تماس می گیرد تا خودش را به شما معرفی کند و در شناسایی نیازهایتان به شما کمک کند. شما می توانید از طریق تماس با مرکز مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect و انتخاب گزینه هدایتگر مراقبتی، با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. پس از آن که یک هدایتگر مراقبتی برای شما تعیین شود، می توانید با شماره تلفن مستقیم او تماس بگیرید. برای درخواست تغییر هدایتگر مراقبتی خود، شما می توانید با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید.

تلفن 1-855-905-3825 تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. با تماس با شماره بالا شما می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.	تلفن
711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است. 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته.	TTY
Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755	نوشتن
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect	وب سایت

B1. چه موقع باید با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت

- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی خود
 - سوال درباره دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوء مصرف مواد)
 - سوال درباره ایاب و ذهاب
 - سوال درباره خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)
- LTSS شامل خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS) و مراکز پرستاری (NF).

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

خدمات و حمایت های دراز مدت (LTSS) شامل خدمات متنوعی است برای کمک به افراد بالغی که دچار ناتوانی در عملکرد خود و/یا بیماری های مزمن هستند تا بتوانند زندگی مستقلی در جامعه یا یک مراکز مراقبتی درازمدت داشته باشند. LTSS برای اعضای است که برای فعالیت های روزانه مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا درست کردن، و مدیریت داروهای خود نیاز به کمک دارند. اگر برای داشتن زندگی مستقل نیاز به کمک دارید، برای دریافت ارجاع لطفاً با مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

LTSS شامل موارد زیر می باشد: خدمات جامعه محور برای بزرگسالان (CBAS)، خدمات حمایتی در منزل (IHSS)، برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، مراقبت های بلندمدت/خدمات سرپرستی.

گاهی اوقات می توانید برای مراقبت های سلامتی روزانه و نیازمندی های زندگی کمک دریافت کنید.

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS)،
- مراقبت توسط پرستار حرفه ای،
- فیزیوتراپی،
- کاردرمانی،
- گفتار درمانی،
- خدمات پزشکی اجتماعی، و
- مراقبت سلامت در منزل.



C. چه گونه می توان با خط مشاوره پرستاری تماس گرفت

خط مشاوره پرستار طرح Blue Shield of California Promise Health با بکارگیری پرستاران دارای پروانه رسمی آماده پاسخگویی به سوالات شما به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می باشد. با خط مشاوره پرستار با شماره (800) 609-4166 (TTY: 711) تماس بگیرید. امکان دسترسی به پرستاران از طریق تلفن به منظور پاسخ دهی به سوالات عمومی در زمینه سلامت و ارائه اطلاعات در خصوص منابع دیگر برای کسب اطلاعات بیشتر وجود دارد. با استفاده از خط مشاوره پرستار، اعضاء می توانند خلاصه مکالمه خود با پرستار مربوطه را از طریق ایمیل دریافت کنند که شامل همه اطلاعات و لینک های مربوط به ارجاع آسان می باشد.

تلفن 800) 609-4166 (تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته. با تماس با شماره بالا شما می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.	
TTY 711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.	

C1. در چه مواردی باید با خط مشاوره پرستاری تماس گرفت

- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی خود



D. با خط کمک بحران بهداشت رفتاری برای موارد زیر تماس بگیرید

خط تماس دسترسی و بحران Los Angeles 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.	تلفن
711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.	TTY
طرح Blue Shield of California Promise Health برای مدیریت سازمان بهداشت رفتاری 1-855-765-9701 تماس با این شماره رایگان است 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.	تلفن
711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.	TTY

D1. در چه مواردی باید با خط کمک بحران سلامت رفتاری تماس گرفت

- سوال ها درباره خدمات بهداشت رفتاری و سوء مصرف مواد
 - زمان مواجهه با بحران بهداشت روان با خط تلفن دسترسی بحران Los Angeles تماس بگیرید که به صورت 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته آماده پاسخگویی به شما می باشد. اطلاعات تماس در بالا قید شده است.
 - چنانچه سوالی در خصوص بهداشت روان و خدمات اختلالات سوء مصرف مواد داشتید، با طرح خدمات بهداشتی رفتاری Blue Shield of California Promise Health تماس بگیرید. اطلاعات تماس در بالا قید شده است.
 - طرح های بیمه درمانی Cal MediConnect مسئول ارائه دسترسی اعضای به همه خدمات بهداشت رفتاری (سلامت روانی و سوء مصرف مواد) هستند که در حال حاضر تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند.
- جهت سوال های خود درباره خدمات تخصصی بهداشت روانی در شهرستان خود، به صفحه 29 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 3825-95-855-1

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

E. چگونه می توان با برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (HICAP) تماس گرفت

برنامه مشاوره بیمه درمانی و مدافعه (HICAP) به اعضاء Medicare مشاوره رایگان درباره بیمه درمانی ارائه می دهد. مشاوران HICAP همچنین می توانند به سوال های شما پاسخ دهند و در درک آنچه که باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید کمک کنند. HICAP در همه شهرها مشاورین آموزش دیده ای دارد و این خدمات رایگان است.

HICAP ارتباطی با هیچ شرکت بیمه یا برنامه بیمه ندارد.

تلفن	مرکز حقوق مراقبت های بهداشتی 1-213-383-4519 8:30 صبح الی 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه
TTY	711 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	Los Angeles County HICAP Office S. Lafayette Park Place, Suite 214 520 Los Angeles, CA 90057
وب سایت	https://www.aging.ca.gov/HICAP

E1. مواردی که در آن باید با HICAP تماس گرفت

- سوالات در خصوص طرح Cal MediConnect شما یا سوالات دیگر در خصوص Medicare
 - مشاوران HICAP همچنین می توانند به سوال های شما درباره تغییر طرح بیمه خود پاسخ داده و در این زمینه ها به شما کمک کنند:
 - درک حقوق خود،
 - درک گزینه های پیش روی شما در طرح،
 - ایراد شکایت در مورد مراقبت سلامتی یا درمان شما، و
 - برطرف ساختن مشکلات مربوط به صورت حساب های شما.

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

F. روش تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما دارای سازمانی به نام Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) می باشد. این سازمان متشکل است از گروهی از پزشکان و دیگر افراد حرفه ای در امور درمانی که در ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی اعضاء Medicare کمک می کنند. Livanta BFCC-QIO ارتباطی با طرح بیمه ما ندارد.

تلفن	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وب سایت	https://www.livantaqio.com/en

F1. چه زمانی با Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) تماس بگیریم

- تجدید نظر درباره مراقبت های سلامتی خود
 - در موارد زیر شما می توانید درباره خدمات مراقبتی که دریافت کرده اید شکایت کنید:
 - با کیفیت مراقبت دریافت شده مشکل دارید،
 - فکر می کنید دوران بستری بودن شما در بیمارستان پیش از موعد لازم تمام می شود، یا
 - شما معتقد هستید که مراقبت های سلامتی در منزل شما، مراقبت های مراکز پرستاری حرفه ای، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل (CORF) پیش از موعد به پایان می رسند.

G. چگونه می توان با Medicare تماس گرفت

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال است برای افراد 65 سال یا بیشتر، برخی افراد زیر 65 سال مبتلا به ناتوانایی ها، و افرادی که مبتلا به نارسایی کلیه در مراحل پایانی هستند (نارسایی دائمی کلیه و نیازمند به دیالیز یا پیوند کلیه).

آژانس فدرال که مسئول Medicare است مرکز خدمات Medicare و Medicaid، یا CMS است.

تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، هر 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، منجمله تعطیلات.	
TTY 1-877-486-2048 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.	
وب سایت www.medicare.gov این وب سایت رسمی Medicare است. اطلاعات به روزی درباره Medicare در اختیار شما می گذارد. همچنین حاوی اطلاعاتی است در مورد بیمارستان ها، خانه های سالمندان، پزشکان، آژانس های سلامت خانگی، امکانات دیالیز، امکانات توانبخشی سرپایی و آسایشگاه ها. این شامل وب سایت ها و شماره تلفن های مفید است. همچنین کتابچه هایی که شما می توانید از کامپیوتر خود چاپ کنید را دارد. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی شما یا مرکز امور سالمندان ممکن است بتوانند به شما در مراجعه به این وب سایت با استفاده از کامپیوتر آنها کمک کنند. یا، شما می توانید با Medicare به شماره تلفن بالا زنگ زده و به آنها بگویید که به چه چیزی نیاز دارید. آنها اطلاعات مورد نظر شما را در وب سایت پیدا می کنند، چاپی می کنند و برای شما ارسال می کنند.	

H. روش تماس با Medi-Cal گزینه های مراقبت های بهداشتی

اگر درباره انتخاب یک برنامه بیمه Cal MediConnect یا مسائل دیگری در رابطه با ثبت نام سوال داشته باشید، گزینه های مراقبت سلامت Medi-Cal می توانند به شما کمک کنند.

تلفن	1-844-580-7272 کارکنان Health Care Options بین ساعات 8:00 صبح و 6:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در خدمت شما هستند.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وب سایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



1. روش تماس با برنامه Cal MediConnect Ombuds

Cal MediConnect Ombuds Program به عنوان یک وکیل از طرف شما کار می کند. آنها می توانند به پرسش های شما در زمینه مشکلات یا شکایت های شما پاسخ گفته و می توانند به شما در درک اینکه چه اقدامی باید انجام دهید کمک کنند. برنامه Cal MediConnect Ombuds Program همچنین می تواند به شما در رابطه مشکلات مربوط به خدمات یا صورت حساب ها کمک کند. Cal MediConnect Ombuds Program با طرح ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های سلامتی ارتباطی ندارد. خدمات این برنامه رایگان می باشد.

تلفن	1-855-501-3077 تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. 9:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه
TTY	1-855-847-7914 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	<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
وب سایت	www.healthconsumer.org

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



J. روش تماس با خدمات اجتماعی شهر

اگر در زمینه مزایای خدمات سلامتی و اجتماعی شهر Los Angeles خود به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات اجتماعی شهر خود تماس بگیرید.

تلفن	1-866-613-3777 تماس با این شماره رایگان است. بخش خدمات اجتماعی عمومی شهر Los Angeles دارای یک مرکز خدمات مشتریان (CSC) می باشد که به دفاتر 33 ناحیه خدمات رسانی می کند. ساعت های کاری از دوشنبه تا جمعه، به استثنای ایام تعطیل، از 7:30 صبح تا 5:30 عصر می باشد.
TTY	1-877-735-2929 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
وب سایت	https://dpss.lacounty.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

K. با بیمه بهداشت روانی تخصصی شهر خود برای موارد زیر تماس بگیرید

خدمات تخصصی بهداشت روانی Medi-Cal از طریق بیمه بهداشت روانی شهرستان (MHP) برای شما موجود است، البته در صورتی که واجد شرایط معیارهای پزشکی لازم باشید.

تلفن 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته. با تماس با شماره بالا شما می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می دهیم.	تلفن
711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.	TTY

K1. با بیمه بهداشت روانی تخصصی شهر خود برای موارد زیر تماس بگیرید:

- سوال درباره خدمات بهداشت رفتاری که شهر ارائه می دهد
- خدمات ویژه سلامت روانی شامل (اما نه محدود به):

- خدمات سلامت روان سرپایی
- خدمات درمانی روزانه
- مداخله در بحران و تثبیت آن،
- مدیریت موردی هدفمند
- درمان آسایشگاهی بزرگسالان
- درمان موارد بحرانی در منزل

L. چگونه تماس با بخش مراقبت های بهداشتی مدیریت California

بخش مراقبت های بهداشتی مدیریت California (DMHC) مسئول تنظیم طرح های بیمه درمانی می باشد. DMHC Help Center برای درخواست تجدید نظر یا شکایت بر علیه خدمات Medi-Cal در می تواند به شما کمک کند.

تلفن	1-888-466-2219 کارکنان DMHC بین ساعات 8:00 صبح و 6:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در خدمت شما هستند.
TDD	1-877-688-9891 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وب سایت	www.dmhc.ca.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



M. سایر منابع**روش تماس با آژانس های ناحیه کالیفرنیا برای سالمندان**

AIS خدماتی را برای افراد مسن، افراد دارای معلولیت و اعضای خانواده آنها فراهم می کند تا به نگهداری ایمن آنها در خانه های خود، ترویج زندگی سالم و زندگی حیاتی کمک کرده و مشارکت های مثبت از سوی افراد مسن و افراد معلول را تبلیغ کند.

تلفن	1-888-202-4248 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه
TTY	711 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6 th St. Los Angeles, CA 90020
وب سایت	/https://css.lacounty.gov

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



روش تماس با مراکز منطقه ای شهر Los Angeles

مراکز منطقه ای شرکت های غیرانتفاعی خصوصی هستند که با اداره خدمات رشدی قرارداد دارند تا خدمات و پشتیبانی ها از افراد دارای معلولیت های رشد را ارائه کرده و یا هماهنگ نمایند. این مراکز در سراسر کالیفرنیا دارای دفاتری می باشند تا منابع محلی برای کمک به پیدا کردن و دسترسی به بسیاری از خدمات که در اختیار ایندسته افراد و خانواده هایشان قرار می گیرند را ارائه دهند. کالیفرنیا دارای 21 مرکز منطقه ای با بیش از 40 دفتر واقع در سراسر ایالت می باشد که به افراد دارای معلولیت های رشدی و خانواده های آنها خدمات رسانی می کنند. برای دسترسی به فهرست راهنمای مراکز منطقه ای، به وبسایت آمده در زیر بروید.

تلفن	1-916-654-1690 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه
TTY	1-916-654-2054 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	1600 9 th Street P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020
وب سایت	www.dds.ca.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



روش تماس با خدمات حقوقی در مجاورت خود در شهر Los Angeles

The Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (NLSLA) خدمات حقوقی رایگانی را برای افراد نیازمند به آنها ارائه می دهد. NLSLA می تواند به افراد مواجه با مسائل حقوقی مختلف از جمله مسکن، قانون خانواده، امنیت اقتصادی، دسترسی به عدالت، بیمه درمانی و موارد دیگر کمک کند.

تلفن	1-800-433-62516 دوشنبه، چهارشنبه و جمعه، 1:00 صبح تا 9:00 بعد از ظهر.
TTY	1-855-847-7914 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
نوشتن	<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
وب سایت	www.nlsla.org

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-855-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



فصل 3: استفاده از پوشش طرح برای مراقبت از سلامتی خود و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

این فصل حاوی شروط و قواعد خاصی می باشد که شما باید برای دریافت مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect از آنها مطلع باشید. این فصل همچنین در مورد هدایتگر مراقبتی شما، چگونگی دریافت خدمات مراقبتی از انواع مختلف ارائه دهندگان و تحت برخی شرایط خاص (از جمله از ارائه دهندگان یا داروخانه های خارج از شبکه)، آنچه باید در هنگام دریافت مستقیم صورتحساب برای خدمات تحت پوشش انجام دهید، و قوانین مربوط به استفاده از تجهیزات پزشکی با طول عمر بالا (DME) اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات درباره "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه دهندگان خدمات" و "ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه"..... 36
- B. مقررات استفاده از خدمات مراقبتی، بهداشت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS) تحت پوشش این طرح..... 36
- C. اطلاعات مربوط به هدایتگر مراقبتی خود..... 37
- C1. هدایتگر مراقبتی کیست..... 37
- C2. چگونه می توان با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت..... 38
- C3. چگونه می توان با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت..... 38
- D. دریافت خدمات از ارائه دهندگان اولیه خدمات مراقبتی، متخصصین، دیگر ارائه کنندگان خدمات پزشکی شبکه، و ارائه کنندگان خدمات پزشکی خارج از شبکه..... 38
- D1. دریافت خدمات مراقبتی از یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه..... 38
- D2. خدمات مراقبتی متخصصین و دیگر ارائه دهندگان خدمات شبکه..... 40
- D3. در صورتی که یک ارائه دهنده طرح ما را ترک کند چکار باید کرد..... 41
- D4. چگونه می توان خدمات مراقبتی را از ارائه دهندگان خدمات خارج از شبکه دریافت کرد..... 41
- E. سوال درباره خدمات و پشتیبانی های دراز مدت (LTSS)..... 42
- F. روش دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد)..... 42
- F1. بخش بهداشت روان شهر Los Angeles (LACDMH) و بخش بهداشت عمومی شهر Los Angeles (LACDPH)..... 42
- G. چگونه می توان از خدمات ایاب و ذهاب استفاده کرد..... 44
- H. در صورت موارد اضطراری پزشکی یا نیاز مراقبت فوری، یا یک فاجعه چگونه می توانید خدمات دریافت کنید..... 45
- H1. دریافت خدمات مراقبتی در هنگام یک ضرورت پزشکی اورژانسی..... 45



- H2. مراقبت های مورد نیاز فوریتی..... 46
- H3. دریافت خدمات مراقبتی طی یک بحران..... 47
- I. اگر برای خدمات تحت پوشش طرح ما برای شما مستقیماً صورتحساب صادر می شود چه باید کرد..... 47
- I1. اگر خدماتی تحت پوشش بیمه ما نباشد چه باید کرد..... 47
- J. پوشش خدمات مراقبت سلامتی در صورتی که جزو یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی باشید..... 48
- J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی..... 48
- J2. پرداخت برای خدمات، وقتی که شما جزو یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی باشید..... 48
- J3. کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعات تحقیقاتی بالینی..... 48
- K. هنگامی که شما مراقبت های خود را از یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی دریافت می کنید خدمات مراقبت سلامتی شما چه گونه پوشش داده می شوند..... 49
- K1. تعریف یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی..... 49
- K2. دریافت مراقبت ها از یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی..... 49
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)..... 49
- L1. دریافت DME به عنوان یکی از اعضای طرح ما..... 49
- L2. مالکیت DME زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید..... 50
- L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای طرح ما..... 51
- L4. مالکیت تجهیزات اکسیژن زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید..... 51



A. اطلاعات درباره "خدمات"، "خدمات تحت پوشش"، "ارائه دهندگان خدمات" و "ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه"

خدمات شامل خدمات مراقبت سلامتی، خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، تجهیزات، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه ای و بدون نسخه، لوازم و دیگر خدمات هستند. **خدمات تحت پوشش** شامل هر خدمتی است که بیمه ما پوشش می دهد. مراقبت های درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) در جدول مزایا در بخش D از فصل 4 فهرست شده اند.

ارائه دهندگان خدمات عبارت از پزشکان، پرستارها، و دیگر افرادی می باشند که به شما خدمات ارائه کرده و از شما مراقبت می کنند. ارائه کنندگان خدمات بلند مدت همچنین شامل بیمارستان ها، آژانس های خدمات سلامتی در منزل، کلینیک ها، و دیگر اماکنی می شوند که به شما خدمات مراقبت های درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، لوازم پزشکی، و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) ارائه می دهند.

ارائه کنندگان خدمات شبکه ارائه کنندگان خدماتی هستند که با طرح سلامت کار می کنند. این ارائه دهندگان مبلغ پرداخت شده توسط ما را کل مبلغ قابل پرداخت تلقی می کنند. ارائه کنندگان خدمات شبکه صورت حساب خود برای خدماتی که به شما ارائه می دهند را مستقیماً به ما ارسال می کنند. وقتی از یکی از ارائه کنندگان خدمات شبکه استفاده می کنید، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی کنید.

B. مقررات استفاده از خدمات مراقبتی، بهداشت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی بلند مدت (LTSS) تحت پوشش این طرح

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را تحت پوشش خود دارد. این خدمات شامل بهداشت رفتاری و خدمات و پشتیبانی های درازمدت (LTSS) می شود.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect عموماً در صورتی که شما مقررات را رعایت کنید، هزینه خدمات مراقبت های سلامتی، خدمات بهداشت رفتاری، و LTSS را پرداخت می کند. برای تحت پوشش قرار گرفتن توسط طرح:

- خدماتی که از آن استفاده می کنید باید جزو **مزایای طرح** باشند. این بدان معنی است که باید در جدول مزایای تحت پوشش بیمه باشند. (این جدول در بخش D فصل 4 این کتابچه ذکر شده است).
- خدمات باید دارای **ضرورت پزشکی** تشخیص داده شده باشند. منظور از دارای ضرورت پزشکی این است که شما به آن خدمات برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان وضعیت و یا حفظ شرایط سلامتی فعلی خود نیاز داشته باشید. این موارد شامل خدماتی است که از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند.
- برای خدمات پزشکی، لازم است یک **ارائه دهنده اولیه خدمات (PCP)** شبکه داشته باشید که این خدمات را تجویز کرده باشد یا به شما توصیه کرده باشد که از پزشک دیگری استفاده کنید. شما باید به عنوان عضوی از این بیمه، یک PCP عضو شبکه را انتخاب کنید.
 - در اکثر مواقع، طرح ما باید پیش از این که از PCP خود یا ارائه دهندگان خدمات دیگری در شبکه استفاده کنید موافقت خود را اعلام کرده باشد. به چنین موافقتی یک **ارجاع** گفته می شود. اگر تائیدیه دریافت نکنید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ممکن است خدمات مربوطه را پوشش ندهد. برای استفاده از متخصصان خاصی مانند متخصص زنان نیازی به معرفی ندارید. جهت اطلاعات بیشتر درباره ارجاعات، به صفحه 43 مراجعه کنید.
 - PCP های طرح ما وابسته به گروه های پزشکی هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می کنید. این بدان معنا است که PCP شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع



خواهد داد که به گروه پزشکی شان وابسته هستند. یک گروه پزشکی انجمنی از پزشکان مراقبت های اولیه و متخصصان می باشد که برای ارائه خدمات مراقبت سلامتی هماهنگ شده به شما ایجاد شده است.

○ جهت استفاده از خدمات اضطراری یا فوری یا مراجعه به متخصصین زنان نیازی به دریافت معرفی نامه از PCP خود ندارید. از خدمات دیگری نیز می توانید بدون نیاز به ارجاع توسط PCP خود استفاده کنید. جهت اطلاعات بیشتر در این خصوص، به صفحه 40 مراجعه کنید.

○ جهت اطلاعات بیشتر درباره انتخاب PCP، به صفحه 39 مراجعه کنید.

● شما باید خدمات درمانی خود را از ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه ای دریافت کنید که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند. معمولاً بیمه خدمات دریافت شده از جانب ارائه کنندگان خدماتی که با این بیمه درمانی و گروه پزشکی PCP شما کار نمی کنند را پوشش نمی دهد. این امر شامل موارد زیر نمی شود:

○ بیمه خدمات اضطراری یا فوری ارائه شده توسط ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه را پوشش می دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر و اطلاع از مراقبت های اورژانسی یا فوری، به بخش H، صفحه 45 مراجعه کنید.

○ اگر به خدمات درمانی نیاز دارید که بیمه ما پوشش می دهد اما ارائه کنندگان خدمات ما نمی توانند آن را به شما ارائه دهند، می توان آن خدمات را از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه دریافت کنید. پیش از دریافت خدمات به یک تاییدیه نیاز بوده و باید آن را از طرح دریافت کرد. در این شرایط، ما خدمات درمانی را مانند زمانی که به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه می کنید یا بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش خواهیم داد. جهت کسب اطلاعات در مورد دریافت مجوز برای ارائه دهنده خارج از شبکه، به بخش D، صفحه 38 مراجعه کنید.

○ بیمه خدمات دیالیزی که در هنگام حضور کوتاه مدت در خارج از محدوده تحت پوشش دریافت کنید را پوشش می دهد. شما می توانید این خدمات را از یک مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت کنید.

○ در بدو پیوستن به این بیمه، می توانید تقاضا کنید که همچنان از ارائه کنندگان خدمات فعلی خود استفاده کنید. با برخی موارد استثناء، اگر برای ما ثابت شود که شما از پیش به این ارائه کننده خدمات مراجعه می کرده اید، باید این درخواست را تایید کنیم (به صفحه 9، از فصل 1 مراجعه کنید). اگر ما درخواست شما را مورد تایید قرار دهیم، شما می توانید تا 12 ماه به استفاده از پزشک فعلی خود ادامه دهید. طی این مدت، هدایتگر مراقبتی ما با شما تماس خواهد گرفت تا در یافتن آندسته ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه ما که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند کمک کند. پس از 12 ماه، در صورتی که به استفاده از ارائه کنندگان خدماتی که خارج از شبکه ما بوده و به گروه پزشکی PCP شما وابسته نیستند ادامه دهید ما دیگر خدمات شما را پوشش نخواهیم داد.

C. اطلاعات مربوط به هدایتگر مراقبتی خود

C1. هدایتگر مراقبتی کیست

هدایتگر مراقبتی شخصی است که برای کمک به شما در هماهنگی فرآیند خدمات درمانی تان آموزش خاصی دیده است. هدایتگر مراقبتی عضوی از تیم مراقبتی شما به شمار آمده و به عنوان مرجع تماس اولیه شما عمل می کند. به هنگام ثبت نام در طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect یک هدایتگر مراقبتی برای شما تعیین می شود. هدایتگر مراقبتی با شما تماس می گیرد تا خودش را به شما معرفی کند و در شناسایی نیازهایتان به شما کمک کند.



C2. چگونه می توان با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت

شما می توانید از طریق تماس با مرکز مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect و انتخاب گزینه هدایتگر مراقبتی، با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. پس از آن که یک هدایتگر مراقبتی برای شما تعیین شود، می توانید با شماره تلفن مستقیم او تماس بگیرید.

C3. چگونه می توان با هدایتگر مراقبتی خود تماس گرفت

برای درخواست تغییر هدایتگر مراقبتی خود، لطفاً هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

D. دریافت خدمات از ارائه دهندگان اولیه خدمات مراقبتی، متخصصین، دیگر ارائه کنندگان خدمات پزشکی شبکه، و ارائه کنندگان خدمات پزشکی خارج از شبکه

D1. دریافت خدمات مراقبتی از یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه

شما باید یک ارائه کننده اولیه خدمات درمانی (PCP) برای ارائه خدمات به شما و مدیریت آنها انتخاب کنید. PCP های طرح ما وابسته به گروه های پزشکی هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می کنید.

تعریف یک "PCP"، آنچه که یک PCP برای شما انجام می دهد

PCP شما درمانگری است که از معیارهای دولتی برخوردار است و برای ارائه خدمات درمانی اولیه به شما آموزش دیده است. PCP می تواند یک پزشک خانواده، پزشک عمومی، ارائه کننده خدمات پزشکی داخلی، و در صورت درخواست، یک متخصص باشد. شما می توانید یک متخصص را به عنوان PCP خود انتخاب کنید، مشروط بر آن که بپذیرد همه خدماتی که PCP ها معمولاً ارائه می دهند را تأمین کند. برای درخواست این که یک متخصص PCP شما باشد، با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات اداری در پایین این صفحه چاپ شده است). یک کلینیک، مانند مراکز درمانی مورد تأیید دولت فدرال (FQHC) نیز می تواند PCP شما باشد. شما خدمات مراقبتی معمول یا پایه خود را از PCP خود دریافت خواهید کرد. PCP شما همچنین می تواند سایر خدمات تحت پوشش مورد نیاز شما را هماهنگ کند. این خدمات تحت پوشش عبارت هستند از:

- عکس برداری با اشعه ایکس

- تست های آزمایشگاهی

- درمان

- خدمات مراقبتی توسط متخصصین

- پذیرش در بیمارستان، و

- خدمات پیگیری مراقبت سلامت

PCP های برنامه ما به گروه های پزشکی خاصی وابسته هستند. یک گروه پزشکی یا انجمن پزشکی مستقل (IPA) سازمانی است تأسیس یافته طبق قانون کالیفرنیا که برای ارائه یا برنامه ریزی تأمین خدمات مراقبتی درمانی به اعضاء بیمه با بیمه های درمانی قرارداد دارد. وقتی PCP خود را انتخاب می کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می کنید. این بدان معنا است که PCP شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع خواهد داد که به گروه پزشکی خودش وابسته هستند.

در اکثر مواقع، پیش از مراجعه به ارائه کنندگان خدمات دیگر نیاز به دریافت ارجاعیه از PCP خود دارید. می توانید خودتان بدون معرفی به متخصص زنان و زایمان (OB/GYN) وابسته به گروه پزشکی مورد قرارداد خود، یا یک IPA برای آزمایش پاپ اسمیر، معاینه رحم و معاینه سینه سالانه مراجعه کنید. پس از تأیید ارجاع از جانب گروه پزشکی PCP تان، می توانید از متخصص یا دیگر ارائه کننده



خدمات برای دریافت درمان مورد نیاز خود وقت بگیرید. متخصص تکمیل درمان یا خدمات شما را به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP بتواند به مدیریت خدمات درمانی شما ادامه دهد.

برای دریافت برخی خدمات، PCP شما باید پیشاپیش از بیمه تأییدیه دریافت کند، یا، در برخی موارد، از گروه پزشکی PCP خود. این تأییدیه قبلی «مجوز قبلی» نیز نامیده می‌شود.

گزینه های PCP شما

شما باید به عنوان عضوی از این بیمه، یک PCP عضو شبکه را انتخاب کنید.

برای انتخاب PCP خود، شما می‌توانید:

- به فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید. به فهرست "پزشکان خدمات اولیه" در آخر این فهرست راهنمای برای آنچه که می‌خواهید پیدا کنید رجوع کنید. (این فهرست به ترتیب حروف الفبا و بر اساس نام خانوادگی پزشکان تنظیم شده است)؛ یا
- از وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect بازدید کرده و PCP مورد نظر خود را مورد جستجو قرار دهید؛ یا
- جهت گرفتن کمک با مرکز مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات اداری در پایین این صفحه چاپ شده است).

برای مطلع شدن از این که آیا ارائه کننده خدمات درمانی مورد نظرتان موجود است و بیماران جدید می‌پذیرد یا خیر، به فهرست راهنمای داروخانه‌ها و ارائه کنندگان خدمات در وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید، یا با مراقبت مشتری تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات اداری در پایین این صفحه چاپ شده است).

اگر می‌خواهید به یک < متخصص یا بیمارستان خاص در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مراجعه کنید، مهم است که بررسی کنید که آیا آنها به گروه پزشکی PCP شما وابسته می‌باشند. شما می‌توانید به فهرست راهنمای داروخانه‌ها و ارائه کنندگان خدمات در وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید، یا با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید که مطلع شوید آیا PCP مورد نظر شما به آن متخصص ارجاع می‌دهد و یا از آن بیمارستان استفاده می‌کند.

امکان تغییر PCP خود

شما می‌توانید در هر زمان، به هر دلیل، PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما شبکه بیمه ما را ترک کند. اگر PCP شما شبکه بیمه را ترک کند، ما می‌توانیم به شما در پیدا کردن یک PCP جدید که عضو شبکه بیمه ما است کمک کنیم.

شما می‌توانید برای تغییر PCP خود مراحل ذکر شده در "گزینه های PCP شما" در بالا را دنبال کنید. حتماً با مراقبت مشتری تماس بگیرید تا به آنها اطلاع دهید که PCP خود را عوض می‌کنید (شماره تلفن و ساعات کاری آنها پایین این صفحه چاپ شده است).

پس از درخواست، تغییر PCP جدید و گروه پزشکی وابسته او از اولین روز ماه بعدی زمانی که درخواست تعویض PCP خود را ارائه داده اید معتبر خواهد بود.



نام و شماره تلفن مطب PCP شما روی کارت عضویت تان چاپ می شود. اگر PCP خود را تغییر دهید یک کارت عضویت جدید دریافت خواهید کرد.

به خاطر داشته باشید، PCP های طرح ما وابسته به گروه های پزشکی هستند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه های پزشکی شما نیز تغییر نمایند. با درخواست این تغییر، حتماً به مراقبت مشتری اطلاع دهید که آیا از متخصصی استفاده می کنید یا دیگر خدمات تحت پوششی دریافت می کنید که نیاز به تایید PCP تان دارد. بخش مراقبت مشتری به شما کمک می کند تا اطمینان حاصل شود که در هنگام تغییر PCP خود می توانید به دریافت مراقبت های ویژه و سایر خدمات خود ادامه دهید.

خدماتی که می توانید بدون نیاز به کسب تاییدیه PCP خود دریافت کنید

در اکثر مواقع، پیش از استفاده از ارائه کنندگان خدمات دیگر نیاز به کسب تایید از PCP خود دارید. به این تاییدیه ارجاع می گویند. شما می توانید خدماتی مانند موارد زیر را بدون نیاز به دریافت تاییدیه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از ارائه دهندگان خدمات داخل و خارج از شبکه.
- نیاز فوری به خدمات ارائه دهندگان عضو شبکه.
- نیاز فوری به خدمات ارائه دهندگان خارج از شبکه هنگامی که دسترسی به ارائه دهندگان خدمات شبکه برای شما ممکن نیست (به طور مثال، وقتی که خارج از محدوده تحت پوشش بیمه هستید).
- خدمات دیالیز کلیه از یک مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از محدوده پوشش بیمه هستید. (لطفاً پیش از ترک محدوده تحت پوشش با مراقبت مشتری تماس بگیرید. ما می توانیم به شما در انجام دیالیز در هنگامی که خارج از محدوده هستید کمک کنیم.)
- واکسن آنفلوآنزا، و واکسن COVID-19 و همچنین واکسن های هپاتیت ب، و واکسن های ذات الریه، مادامی که از یک ارائه کننده خدمات شبکه دریافت شوند.
- مراقبت های سلامتی معمول زنان و تنظیم خانواده. این شامل معاینه سینه، غربالگری ماموگرافی (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش های پاپ، و معاینه های رحم در صورتی می باشد که از یک ارائه کننده خدمات شبکه دریافت شوند.
- علاوه بر این، اگر شما واجد شرایط دریافت خدمات از ارائه دهندگان خدمات سلامتی و بهداشت مخصوص سرخپوستان هستید، می توانید بدون داشتن ارجاع از این ارائه دهندگان خدمات استفاده کنید.

D2. خدمات مراقبتی متخصصین و دیگر ارائه دهندگان خدمات شبکه

یک متخصص پزشکی است که برای عضوی خاص از بدن یا یک بیماری خدمات درمانی ارائه می دهد. انواع متعددی از متخصصان موجود می باشند. مثال هایی در این زمینه عبارتند از:

- انکولوژیست ها از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می کنند.
- متخصص قلب درمان بیماران قلبی.
- ارتوپد درمان بیماران با مشکلات استخوان، مفاصل، یا ماهیچه.

هنگامی که به خدمات درمانی تخصصی یا تکمیلی نیاز دارید که PCP شما نمی تواند ارائه دهد، او شما را به ارائه کننده دیگری ارجاع خواهد داد. پس از تایید ارجاع از جانب گروه پزشکی PCP تان، می توانید از متخصص یا دیگر ارائه کننده خدمات برای دریافت درمان



مورد نیاز خود وقت بگیرید. متخصص تکمیل درمان یا خدمات شما را به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP بتواند به مدیریت خدمات درمانی شما ادامه دهد.

PCP باید پیشاپیش از بیمه برای برخی خدمات برای شما تاییدید بگیرید. این تاییدیه قبلی «مجوز قبلی» نیز نامیده می‌شود. به طور مثال، برای همه اقامت های غیر اضطراری در بیمارستان به دریافت مجوز قبلی نیاز می باشد. در برخی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP شما ممکن است بتواند به جای برنامه ما اجازه دریافت خدمات را صادر نماید.

اگر درباره این که چه کسی مسئول ارائه و تایید تاییدیه اولیه است برای دریافت خدمات است دارید، با گروه پزشکی PCP خود تماس بگیرید. همچنین می توانید با مراقبت مشتری تماس بگیرید. برای اطلاعات درباره این که چه خدماتی نیاز به تاییدیه اولیه دارند، لطفاً به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

D3. در صورتی که یک ارائه دهنده طرح ما را ترک کند چکار باید کرد

ممکن است یک ارائه دهنده خدمات مورد استفاده شما شبکه ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه دهندگان خدمات شما شبکه بیمه ما را ترک کند، شما از برخی حقوق و پشتیبانی هایی برخوردار هستید که در ذیل قید شده اند:

- با وجود این که ممکن است تغییراتی در شبکه ارائه کنندگان خدمات ما طی سال صورت گیرد، ما باید به شما امکان دسترسی بی وقفه به ارائه کنندگان خدمات صلاحیت دار را بدهیم.
- ما در تلاشی با حسن نیت، حداقل از 30 روز پیش به شما اطلاع خواهیم داد تا شما برای انتخاب ارائه کننده خدمات جدید وقت داشته باشید.
- ما به شما در انتخاب یک ارائه کننده خدمات صلاحیت دار برای مدیریت امور درمانی شما کمک خواهیم کرد.
- اگر در حال انجام یک مداوای پزشکی باشید، از این حق برخوردار هستید که بخواهید وقفه ای در درمان تان ایجاد نشود، و ما در این راستا با شما همکاری خواهیم کرد.
- اگر بر این باور باشید که ما ارائه کننده خدمات شما را با یک ارائه کننده صلاحیت دار جایگزین نکرده ایم یا امور درمانی شما به خوبی مدیریت نمی شود، از این حق برخوردار هستید که علیه تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

اگر پی ببرید که ارائه کننده خدمات شما می خواهد بیمه ما را ترک کند، لطفاً با ما تماس بگیرید تا بتوانیم به شما در یافتن یک ارائه کننده خدمات جدید برای مدیریت امور درمانی تان کمک کنیم. لطفاً هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

D4. چگونه می توان خدمات مراقبتی را از ارائه دهندگان خدمات خارج از شبکه دریافت کرد

اگر به خدمات درمانی نیاز دارید که طبق Medicare و/یا Medi-Cal بیمه ما باید آنها را پوشش دهد و ارائه دهندگان خدمات شبکه ما قادر به ارائه آنها نیستند، می توانید آن خدمات را از یک ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه دریافت کنید. پزشک مراقبت اولیه شما مسئول درخواست برای تاییدیه اولیه دریافت خدمات خارج از شبکه است. باید از بیمه یا گروه پزشکی وابسته به PCP خود پیش از دریافت خدمات از ارائه کننده خدمات خارج از شبکه تاییدیه اولیه دریافت کنید. در چنین شرایطی، مبلغی که پرداخت می کنید مشابه همان مبلغی است که برای خدمات درمانی ارائه کنندگان عضو شبکه پرداخت می شود.

اگر از یک ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه استفاده می کنید، وی باید واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

- ما نمی توانیم به ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه ای که واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیستند مبلغی پرداخت نمائیم.
- اگر از ارائه کننده خدماتی استفاده کنید که واجد شرایط شرکت در بیمه Medicare نباشد، باید هزینه کامل خدمات دریافتی را خودتان پرداخت کنید.
- ارائه دهندگان خدمات در صورتی که واجد شرایط همکاری با Medicare نباشند باید به شما اطلاع دهند.

E. سوال درباره خدمات و پشتیبانی های دراز مدت (LTSS)

خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS) عبارت از خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS)، و مراکز پرستاری (NF) می باشند. این خدمات ممکن است در منزل شما، محله یا یک مکان دیگر صورت بگیرند. انواع LTSS در زیر شرح داده شده اند:

- **خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS):** برنامه خدمات سرپایی داخل مرکز که مراقبت های پرستاری حرفه ای، خدمات اجتماعی، گفتار و کار درمانی ها، مراقبت های شخصی، آموزش و پشتیبانی از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، ایاب و دهاب، و دیگر خدمات شامل آن می شوند را در صورتی که واجد شرایط معیارهای مربوطه باشید ارائه می دهد.

- **مرکز پرستاری (NF):** مکانی که به افرادی خدمات مراقبتی ارائه می دهد که نمی توانند در خانه زندگی امنی داشته باشند ولی نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند.

هدایتگر مراقبتی شما برای درک هر کدام از برنامه ها به شما کمک خواهد کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هر یک از این برنامه ها، با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید تا با یک هدایتگر مراقبتی (شماره تلفن ها و ساعات کار در پایین این صفحه چاپ شده است) مرتبط شوید.

F. روش دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته باشند و تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal باشند دسترسی خواهید داشت. طرح Care Cal MediConnect خدمات بهداشت روانی که تحت پوشش Medicare باشند را ارائه می دهد. خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ارائه نمی شود، اما از طریق بخش بهداشت روان شهر Los Angeles (LACDMH) و بخش بهداشت عمومی شهر Los Angeles (LACDPH) در اختیار اعضای واجد شرایط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قرار می گیرد.

F1. بخش بهداشت روان شهر Los Angeles (LACDMH) و بخش بهداشت عمومی شهر Los Angeles (LACDPH)

در صورتی که واجد شرایط معیار ضرورت پزشکی خدمات تخصصی سلامت روانی Medi-Cal باشید، آنگاه خدمات تخصصی سلامت روانی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روانی (MHP) کانتی برای شما در دسترس خواهد بود. خدمات تخصصی بهداشت رفتاری Medi-Cal که توسط Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH) ارائه می شود عبارت است از:

- خدمات بهداشت روانی (ارزیابی، درمان، توانبخشی، خدمات جانبی و در نظر گرفتن راه حل ها)
- خدمات حمایت دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در مواقع بحرانی
- تثبیت بحران
- خدمات درمانی آسایشگاهی بزرگسالان



- خدمات درمانی آسایشگاهی موارد بحرانی
- خدمات روانپزشکی حرفه ای در بیمارستان
- خدمات روانشناسی برای بیماران بستری
- مدیریت موردی هدفمند

خدمات دارویی Drug Medi-Cal برای شما از طریق Los Angeles County Department of Public Health (LACDPH)، ارائه می شود در صورتی که واجد شرایط Drug Medi-Cal بنا به ضرورت پزشکی باشید. خدمات Drug Medi-Cal که از طریق Los Angeles County Department of Public Health (LACDPH)، ارائه می شود عبارت است از:

- خدمات درمان سرپایی فشرده
- آسایشگاه سالمندان
- خدمات سرپایی بدون دارو
- خدمات ترک مواد مخدر
- خدمات نالترکسون برای ترک مواد مخدر شبه تریاک

علاوه بر خدمات Drug Medi-Cal فهرست شده در بالا، ممکن است در صورت واجد شرایط بودن برای معیارهای لازمه شما به خدمات سم زدایی یا بستری داوطلبانه هم دسترسی داشته باشید.

در دسترس بودن خدمات سلامت رفتاری

خدمات گوناگون و جامعی در اختیار شما قرار دارد. می توانید شخصاً به یک ارائه کننده خدمات طرف قرارداد با ما مراجعه کنید، و همچنین PCP شما، یکی از اعضاء خانواده، غیره، می تواند شما را معرفی کند. در دسترسی به خدمت "هیچ در اشتباهی" وجود ندارد. شما می توانید برای درخواست کمک در دسترسی به خدمات با این مراکز تماس بگیرید:

- (خط ارجاع و بحران کانتی برای شماره تلفن و ساعات اداری لطفاً به بخش K از فصل 2 این کتابچه مراجعه کنید)
- (اداره سلامت عمومی، پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد لس آنجلس کانتی) لطفاً 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته با شماره 888-742-7900 (TTY: 711) تماس بگیرید.)
- خط طرح سلامت رفتاری Blue Shield Promise Cal MediConnect (خط مشاوره سلامت رفتاری) (برای اطلاع از شماره تلفن و ساعات کاری لطفاً به بخش D فصل 2 این کتابچه مراجعه کنید)
- مرکز مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect (شماره تلفن و ساعات اداری در پایین این صفحه چاپ شده است).

فرآیند تعیین خدمات ضرورت پزشکی

ضرورت پزشکی توسط یک ارائه دهنده خدمات مناسب و دارای مجوز تعیین می شود. معیار ضرورت پزشکی هم توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و هم توسط شهر استفاده شده و توسط متخصصین سلامت رفتاری و سایر طرفین ذینفع مطابق با نیازمندی های نظارتی تنظیم شده است.

فرآیند ارجاع بین Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و شهر



اگر از طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect یا شهر خدماتی دریافت می کنید، ممکن است با توجه به نیازهای خود از این دو طرف به یکدیگر ارجاع شوید. طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect یا شهر از طریق برقراری تماس با نهادهی که ارجاع به آن انجام شده است، می تواند شما را به آنجا ارجاع دهد. علاوه بر این، یک فرم ارجاع توسط ارائه کننده خدماتی که شما را معرفی می کند تکمیل شده و به طرفی که مورد ارجاع قرار گرفته ارسال می شود.

فرآیند حل و فصل مشکلات

در صورت بروز اختلاف بین شما و شهر یا Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، تا زمانی که اختلاف حل شود دریافت خدمات درمانی سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته باشد (از جمله دارو) توسط شما همچنان ادامه خواهد یافت. طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect بواسطه همکاری با شهر راهکارهایی را طراحی کرده است که بهنگام بوده و تأثیر منفی روی خدماتی که نیاز به دریافت آن دارید نمی گذارند. شما همچنین می توانید بسته به نهادهی که با آن دارای اختلاف هستید، از فرآیند تجدیدنظرخواهی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan یا شهر استفاده کنید.

G. چگونه می توان از خدمات ایاب و ذهاب استفاده کرد

خدمات ایاب و ذهاب پزشکی عبارت از خدمات اضطراری آمبولانس می باشند. انتقال اضطراری با آمبولانس به اولین بیمارستانی که پذیرای بیماران برای مراقبت اضطراری باشد تحت عنوان خدمات اضطراری پوشش داده می شود. این خدمات شامل آمبولانس و خدمات حمل و نقل آمبولانسی ارائه شده توسط سیستم واکنش اضطراری "911" می شود.

ایاب و ذهاب پزشکی غیر-اضطراری (NEMT) تحت پوشش بیمه طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect می باشد. خدمات NEMT در صورتی مناسب هستند که مستند شده باشد عضو بیمه در شرایطی است که دیگر لوازم حمل و نقل برای وی مضر باشند (سلامت شخص را به خطر بیندازند) و استفاده از آمبولانس ضرورت پزشکی داشته باشد. خدمات ایاب و ذهاب می توانند توسط آمبولانس، وسیله نقلیه مجهز به برانکارد، یا خدمات حمل و نقل پزشکی برای صندلی چرخدار ارائه شوند. انتقال یک عضو از بیمارستانی به بیمارستان یا مرکز دیگر، یا از یک مرکز به خانه باید با توجه به موارد زیر صورت گیرد:

- ضرورت پزشکی داشته باشد، و
- توسط ارائه دهنده طرح درخواست شده باشد، و
- پیشاپیش توسط طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تأیید شده باشد.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect همچنین از مطب پزشک شما و بالعکس خدمات ایاب و ذهاب غیر-پزشکی (NMT) ارائه می دهد. خدمات ایاب و ذهاب می توانند توسط تاکسی، ماشین سواری یا دیگر وسایل نقلیه ارائه شوند. همه اعضای که خدمات ایاب و ذهاب درخواست می کنند باید طی آن ماهی که درخواست ایاب و ذهاب می کنند واجد شرایط دریافت این خدمات باشند. هماهنگی ها برای خدمات ایاب و ذهاب پزشکی غیر-اضطراری و ایاب و ذهاب غیر-پزشکی توسط دپارتمان مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect انجام می شود. می توانید با برقراری تماس با مرکز مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به بخش ایاب و ذهاب وصل شوید یا از طریق شماره تلفن 1-877-433-2178 (TTY: 711، 24) ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. به شدت به شما پیشنهاد می کنیم تا هماهنگی های مربوط به مسافرت را حداقل بیست و چهار (24) ساعت از قبل انجام دهید.



H. در صورت موارد اضطراری پزشکی یا نیاز مراقبت فوری، یا یک فاجعه چگونه می توانید خدمات دریافت کنید**H1. دریافت خدمات مراقبتی در هنگام یک ضرورت پزشکی اورژانسی****تعریف یک وضعیت پزشکی اورژانسی**

یک وضعیت اورژانسی پزشکی یک وضعیت پزشکی با علائمی مانند درد شدید یا صدمه شدید می باشد. در این حالت، وضعیت به قدری بحرانی است که اگر فوراً مراقبت های پزشکی به عمل نیاید، شما هر فردی با آگاهی متوسط در زمینه سلامتی و پزشکی می تواند انتظار موارد زیر را داشته باشد:

- سلامت بیمار در معرض خطر جدی قرار گیرد؛ یا
- صدمه جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا
- اختلال شدید هر اندام یا بخش بدن؛ یا
- در مورد یک زن باردار در حال زایمان به شکلی که ممکن است یکی از شرایط ذیل رخ دهد:
 - زمان کافی برای انتقال بی خطر شما به بیمارستان دیگری قبل از زایمان وجود نداشته باشد.
 - انتقال به یک بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و ایمنی شما یا نوزاد به دنیا نیامده شما را به خطر بیندازد.

در صورت بروز موارد اورژانسی پزشکی چکار باید کرد

در صورت بروز مورد اضطراری:

- هر چه سریع تر کمک بخواهید. به شمار 911 زنگ بزنید یا به نزدیک ترین بخش اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت نیاز به آمبولانس زنگ بزنید. شما نیازی به کسب تاییدیه یا معرفی از PCP خود ندارید.
- در اسرع وقت، اطمینان حاصل کنید که مورد اضطراری خود را به بیمه ما اطلاع دهید. ما باید مورد اضطراری شما را پیگیری کنیم. معمولاً شما یا شخص دیگری باید در عرض 48 ساعت در مورد مراقبت اضطراری خود، از طریق تلفن به ما اطلاع دهد. با این وجود، شما نباید مجبور باشید که به دلیل تاخیر در اطلاع دادن به ما برای خدمات اضطراری مبلغی پرداخت کنید. هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. شماره تلفن مرکز مراقبت مشتری ما همچنین روی کارت عضویت شما نیز چاپ شده است.

خدمات تحت پوشش در یک وضعیت پزشکی اورژانسی

ممکن است در صورت نیاز مراقبت های پزشکی اورژانس شما در هر نقطه از ایالت متحده یا قلمروهای آن بدون نیاز به کسب اجازه اولیه، پوشش داده شود. در صورت نیاز به آمبولانس برای مراجعه به بخش اورژانس، بیمه ما آن را پوشش می دهد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.



در سال 2022، طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به اعضای خود در هر زمان مورد نیاز بودن و در هر کجای جهان پوشش پزشکی اورژانسی ارائه می کند. هیچ سقفی برای پوشش طرح خدمات اورژانسی/فوریتی در خارج از ایالات متحده در سال وجود ندارد. برای اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

پس از پایان یافتن وضعیت اضطراری، ممکن است شما برای بهبود حال خود به خدمات مراقبتی پیگیری نیاز داشته باشید. ما خدمات مراقبت پیگیری شما را پوشش می دهیم. اگر خدمات اضطراری خود را از ارائه دهنده ای خارج از شبکه دریافت کنید، ما سعی خواهیم کرد از ارائه دهندگان خدمات شبکه بخواهیم در اسرع وقت مراقبت از شما را بر عهده گیرند.

دریافت مراقبت های اورژانسی در صورتی که مورد یک شرایط اورژانسی نبوده باشد

گاهی اوقات تشخیص این که وضعیت شما یک مورد اورژانسی می باشد امری دشوار است. شما ممکن است برای یک مورد اورژانسی مراجعه کنید و سپس پزشک به شما بگوید که مورد مربوطه اورژانسی نبوده است. مادامی که دلیل منطقی داشته باشید که فکر کنید خطر جدی وجود داشته است، ما خدمات درمانی شما را پوشش خواهیم داد.

با این وجود، پس از آنکه پزشک بگوید مورد اضطراری نبوده است ما مابقی خدمات دریافتی شما را فقط در شرایط زیر پوشش می دهیم:

- اگر به یک ارائه کننده خدمات شبکه مراجعه کنید، یا
- مراقبت های اضافی که دریافت کنید "مراقبت مورد نیاز فوری" محسوب می شوند و شما برای دریافت آن مقررات را رعایت کنید. (به بخش بعدی مراجعه کنید)

H2. مراقبت های مورد نیاز فوریتی

تعریف مراقبت های مورد نیاز فوریتی

مراقبت های مورد نیاز فوریتی عبارت از مراقبت هایی می باشد که شما برای یک بیماری، صدمه، یا وضعیت آنی دریافت می کنید که اضطراری نیست اما در اسرع وقت نیاز به رسیدگی دارد. به طور مثال، ممکن است مشکلی که از پیش داشته اید آشکار شود و نیاز به درمان آن داشته باشید.

دریافت مراقبت های مورد نیاز فوریتی هنگامی که در محدوده تحت پوشش طرح هستید

در اکثر موارد، ما مراقبت مورد نیاز فوری را فقط در صورتی پوشش می دهیم که:

- شما این مراقبت ها را از ارائه دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید، و
- بقیه مقررات ذکر شده در این فصل را رعایت کنید.

با این وجود، اگر نتوانید به یک ارائه کننده خدمات شبکه مراجعه کنید، ما مراقبت های مورد نیاز فوری که از ارائه کنندگان خدمات خارج از محدوده تحت پوشش ما دریافت کنید را پوشش می دهیم.

دریافت مراقبت های مورد نیاز فوریتی هنگامی که خارج از محدوده تحت پوشش طرح هستید

هنگامی که شما خارج از محدوده تحت پوشش طرح هستید، ممکن است نتوانید مراقبت ها را از یک ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه دریافت کنید. در این صورت، بیمه ما مراقبت مورد نیاز فوریتی که شما از هر ارائه کننده ای دریافت کنید را پوشش می دهد.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به اعضای خود در هر زمان مورد نیاز بودن و در هر کجای جهان پوشش مراقبت های مورد نیاز فوریتی پزشکی را ارائه می کند. هیچ سقفی برای پوشش طرح خدمات اورژانسی/فوریتی در خارج از ایالات متحده در سال وجود ندارد. برای اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

H3. دریافت خدمات مراقبتی طی یک بحران

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر خدمات بهداشتی و انسانی، یا رئیس جمهور ایالت متحده آمریکا در منطقه جغرافیایی شما اعلام وضعیت اضطراری یا فاجعه کنند، شما همچنان می توانید از خدمات مراقبتی طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect بهره مند شوید.

لطفاً برای اطلاعات درباره چگونگی دریافت خدمات مورد نیاز طی فاجعه اعلام شده به وبسایت: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

در خلال یک فاجعه اعلام شده، اگر نتوانید از خدمات یک ارائه کننده خدمات عضو شبکه استفاده کنید، به شما اجازه داده می شود که مراقبت ها را از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه بدون پرداخت هزینه دریافت کنید. اگر طی دوران یک فاجعه اعلام شده نتوانید به داروخانه عضو شبکه مراجعه کنید، می توانید داروهای نسخه ای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5 مراجعه نمایید.

I. اگر برای خدمات تحت پوشش طرح ما برای شما مستقیماً صورتحساب صادر می شود چه باید کرد

اگر یک ارائه کننده خدمات به جای طرح برای شما صورت حساب ارسال کند، شما باید از ما بخواهید که سهم خود از صورت حساب را پرداخت کنیم.

شما نباید خود صورت حساب را پرداخت کنید. در صورتی که پرداخت کنید، بیمه آن را به شما بازپرداخت نخواهد کرد.

اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده اید یا اگر برای خدمات تحت پوشش خود مبلغی بیشتر از سهم خود پرداخت کرده اید یا اگر به مبلغ کل هزینه های خدمات پزشکی تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر شده، برای اطلاع از آنچه که باید انجام دهید به بخشهای A و B فصل 7 مراجعه کنید.

I1. اگر خدماتی تحت پوشش بیمه ما نباشد چه باید کرد

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تمامی اینگونه خدمات را پوشش می دهد:

- خدماتی که از لحاظ پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد، و
- خدماتی که در جدول مزایای طرح فهرست شده باشند (به بخش D فصل 4 مراجعه کنید)، و
- خدماتی که شما آنها را بر اساس پیروی از قوانین طرح دریافت کنید.

اگر خدماتی دریافت کنید که تحت پوشش بیمه ما نباشند، خودتان باید هزینه کامل آن را بپردازید.

شما از این حق برخوردار هستید که از ما درباره اینکه چه خدمات و درمان هایی تحت پوشش هستند سوال کنید. از این حق نیز برخوردار هستید که نسخه کتبی این را بخواهید. اگر ما بگوییم که خدمات دریافتی شما را پوشش نمی دهیم، شما می توانید علیه تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.

بخش F، E، D و G فصل 9 درباره چگونگی درخواست پوشش دادن یک محصول پزشکی یا خدمات از ما توضیح می دهد. همچنین به شما درباره چگونگی درخواست تجدید نظر علیه تصمیم ما اطلاعاتی می دهد. برای آگاهی بیشتر نسبت به حقوق مربوط به درخواست تجدید نظر همچنین می توانید با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

ما برای برخی از خدمات تا حد خاصی پرداخت می کنیم. اگر شما از این حد بگذرید، مابقی هزینه را برای دریافت چنین خدماتی خودتان باید پرداخت کنید. برای آگاهی از محدودیت ها و این که تا چه حد نزدیک به آن مرز هستید با مراقبت مشتری تماس بگیرید.



J. پوشش خدمات مراقبت سلامتی در صورتی که جزو یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی باشید**J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی**

یک مطالعه تحقیقاتی بالینی (که کارآزمایی بالینی هم خطاب می شود) روشی برای آزمایش داروها و روش های درمانی جدید توسط پزشکان است. آنها مطالعات خود را با کمک داوطلبان انجام می دهند. این نوع مطالعه به پزشکان کمک می کند درباره این که چه نوع درمان جدید یا دارو کارآمد است و این که آیا استفاده از آن بی خطر است تصمیم بگیرند.

وقتی Medicare مطالعه ای که شما می خواهید در آن شرکت کنید را تایید کند، یکی از افرادی که روی آن مطالعه کار می کند با شما تماس خواهد گرفت. آن شخص مطالعه را برای شما شرح می دهد و صلاحیت شما برای شرکت در آن را بررسی می کند. در صورت واجد شرایط بودن طبق معیارهای لازم شما می توانید در آن مطالعه شرکت کنید. لازم است آنچه که باید برای یک پروژه تحقیقاتی انجام دهید را درک کرده و بپذیرید.

در حین شرکت در مطالعه می توانید عضو بیمه ما باقی بمانید. بدین طریق شما همچنان خدمات مراقبتی خود را که ربطی به تحقیقات ندارند از بیمه ما دریافت خواهید کرد.

اگر می خواهید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی به تایید ما یا ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما نیست. ارائه دهندگان خدماتی که تحت عنوان یک پروژه تحقیقاتی به شما خدمات مراقبتی ارائه می دهند نباید الزاماً از ارائه دهندگان خدمات شبکه باشند.

شما لازم است شرکت خود در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی را به ما پیش از شروع آن اطلاع دهید.

اگر برنامه دارید که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کنید، شما یا هدایتگر مراقبتی شما باید با مراقبت مشتری تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید که قصد دارید تا در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کنید.

J2. پرداخت برای خدمات، وقتی که شما جزو یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی باشید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare داوطلب شوید، نباید هزینه ای برای خدمات تحت پوشش مطالعه پرداخت کنید و Medicare هزینه خدمات تحت پوشش تحقیقات و هزینه های معمول مربوط به مراقبت های درمانی شما را پرداخت خواهد کرد. هنگامی که به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی می پیوندید، برای اکثر موارد و خدماتی که به عنوان مشارکت در آن مطالعه دریافت می کنید پوشش داده می شوید. اینها عبارتند از:

- اتاق و اقامت در بیمارستان که در صورتی که در پروژه تحقیقاتی نبودید Medicare هزینه آنها را پرداخت می کرد.
- عمل یا فرآیند پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی است.
- درمان هر نوع عوارض جانبی و مشکلاتی که در رابطه با درمان (تحقیقاتی) جدید پیش بیاید.

اگر شما جزو مطالعه ای هستید که Medicare آن را تایید نکرده باشد، خودتان باید هر هزینه مربوط به شرکت در آن مطالعه را بپردازید.

J3. کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعات تحقیقاتی بالینی

شما با مطالعه بخش "Medicare و مطالعات تحقیقات بالینی" (Medicare & Clinical Research) در وب سایت (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) می توانید اطلاعات بیشتری درباره پیوستن به یک پروژه مطالعات تحقیقاتی بالینی کسب کنید. شما همچنین می توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



K. هنگامی که شما مراقبت های خود را از یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی دریافت می کنید خدمات مراقبت سلامتی شما چه گونه پوشش داده می شوند

K1. تعریف یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی

یک موسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که خدماتی را ارائه می دهد که معمولاً آن را در یک بیمارستان یا مراکز پرستاری حرفه ای دریافت می کنید. اگر دریافت خدمات از یک بیمارستان یا مراکز پرستاری حرفه ای خلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه دریافت خدمات در یک موسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی را پرداخت خواهیم کرد.

شما می توانید هر زمان و به هر دلیل درخواست دریافت خدمات درمانی کنید. این مزیت فقط برای خدمات بستری در بیمارستان بخش الف Medicare (خدمات غیرپزشکی مراقبت سلامتی) است. Medicare فقط هزینه خدمات غیرپزشکی که توسط موسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی ارائه می شود را پرداخت می کند.

K2. دریافت مراقبت ها از یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی

برای دریافت خدمات از یک موسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی، باید یک سند حقوقی امضاء کنید که در آن گفته شده است که شما با دریافت خدمات درمانی که "غیر متعارف" است مخالف هستید.

- منظور از خدمات درمانی "غیر متعارف" هر نوع خدماتی است که از نظر دولت فدرال، ایالت و قانون محلی داوطلبانه و غیرضروری تلقی می شوند.

- منظور از خدمات درمانی "متعارف" هر نوع خدماتی است که از نظر دولت فدرال، ایالت و قانون محلی غیر داوطلبانه و ضروری تلقی می شوند.

برای اینکه بیمه ما خدماتی که از یک موسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می کنید را پوشش دهد، لازم است که آن موسسه با معیارهای زیر مطابقت داشته باشد:

- موسسه ارائه دهنده خدمات باید مورد تأیید Medicare باشد.
- پوشش خدمات توسط بیمه ما محدود به جنبه های غیرمذهبی خدمات درمانی می شود.
- اگر این خدمات را در تسهیلات این مؤسسه دریافت می کنید، موارد زیر اعمال می شود:
 - باید سلامتی شما دچار مشکل شده باشد که طبق آن قادر به دریافت خدمات درمانی تحت پوشش با بستری در بیمارستان یا مراکز پرستاری حرفه ای باشید.
 - باید پیش از پذیرش در این موسسه از ما تاییدیه دریافت کنید، در غیر این صورت اقامت شما در آنجا پوشش داده نخواهد شد.

محدودیتی برای پوشش تعداد روزهای اقامت در بیمارستان وجود ندارد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

L1. دریافت DME به عنوان یکی از اعضای طرح ما

DME به معنی برخی از اقلام می باشد که توسط یک ارائه دهنده خدمات برای استفاده در منزل برای شما سفارش داده می شود. نمونه هایی از این موارد عبارت از صندلی های چرخ دار، عصاها، سیستم های تشکی الکتریکی، ملزومات دیابتی، تخت های بیمارستانی که



توسط ارائه کننده خدمات برای استفاده در منزل تهیه می شود، پمپ های تزریق (IV)، دستگاه های تولید صدا، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها می باشد.

برخی اجناس، مانند پروتز، همیشه در تملک شما باقی خواهند ماند.

در این بخش، به آندسته DME پرداخته می شود که شما باید اجاره کنید. به عنوان یکی از اعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما معمولاً صرف نظر از مدت زمانی که آن این لوازم را کرایه کرده اید، مالک DME آنها نخواهید شد.

در شرایط خاص، بسته به اینکه آیا شما واجد شرایط یک یا همه معیارهای زیر می باشید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ممکن است مالکیت DME را به شما انتقال دهد:

- شما یک نیاز پزشکی مداوم به اقلامی با هزینه کمتر از \$150 و/یا پمپ های داخل وریدی دارید،
 - گواهینامه پزشک
 - اگر دستگاه یا تجهیزات بگونه ای ساخته شده که تنها برای شما مناسب می باشد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره معیارهای لازم برای واجد شرایط بودن و مدارکی که باید ارائه دهید با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

L2. مالکیت DME زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید

در برنامه Original Medicare، افرادی که برخی انواع خاص از DME را اجاره می کنند پس از 13 ماه مالک آنها می شوند. در برنامه Medicare Advantage، طرح می تواند تعداد ماههایی که افراد باید انواع خاص DME را اجاره کنند تا بتوانند مالک آنها شوند را تعیین می کند.

توجه: تعاریف طرح های Original Medicare و Medicare Advantage در فصل 12 ارائه شده اند. شما همچنین می توانید اطلاعات بیشتری درباره آنها را در کتابچه راهنمای *Medicare & You 2022* مطالعه کنید. اگر یک نسخه از این کتابچه را ندارید، می توانید آن را از وبسایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov) دریافت کنید یا به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

در موارد زیر، شما باید 13 پرداخت پیاپی بر اساس Original Medicare انجام دهید، یا شما باید تعداد پرداخت هایی پیاپی که توسط طرح Medicare Advantage تعیین می شود را انجام دهید تا صاحب DME شوید:

- زمانی که عضو بیمه ما بودید صاحب DME مربوطه نشده باشید، و
 - شما بیمه ما را ترک کرده و مزایای Medicare خود را از هر برنامه بیمه درمانی دیگری که در برنامه Original Medicare یا طرح Medicare Advantage مشارکت ندارند دریافت کنید.
- اگر پیش از ملحق شدن به بیمه ما هزینه ای برای DME مربوطه تحت Original Medicare یا طرح Medicare Advantage پرداخت کرده باشید، آن پرداخت های Original Medicare یا طرح Medicare Advantage به عنوان بخشی از پرداخت هایی که باید پس از ترک بیمه ما انجام شود محسوب نمی شوند.

- شما باید 13 پرداخت پیاپی جدید بر اساس Original Medicare انجام دهید، یا شما باید تعداد پرداخت های پیاپی جدیدی که توسط طرح Medicare Advantage تعیین می شود را انجام دهید تا صاحب DME مربوطه شوید.
- هیچ استثنائی در این مورد برای زمانی که به Original Medicare یا یک طرح Medicare Advantage بر می گردید وجود ندارد.



L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای طرح ما

اگر واجد شرایط تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare هستید و عضو طرح ما هستید، موارد زیر را پوشش می دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتوایات اکسیژن
- لوله و لوازم جانبی مربوط به تحویل اکسیژن و محتوایات اکسیژن
- تعمیر و نگهداری تجهیزات اکسیژن

تجهیزات اکسیژن که دیگر از نظر پزشکی برای شما ضروری نیست یا اگر از طرح ما خارج شده اید باید به مالک بازگردانده شود.

L4. مالکیت تجهیزات اکسیژن زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare یا Medicare Advantage تغییر می دهید

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است و شما برنامه ما را ترک کرده و به Original Medicare بروید، آن را از یک تامین کننده به مدت 36 ماه اجاره می کنید. پرداخت ماهانه اجاره شما تجهیزات اکسیژن و لوازم و خدمات ذکر شده در بالا را پوشش می دهد.

اگر تجهیزات اکسیژن بعد از اجاره 36 ماهه از نظر پزشکی ضروری است:

- تامین کننده شما باید تجهیزات، منابع، و خدمات اکسیژن را تا 24 ماه دیگر ارائه دهد.
- در صورت لزوم، تامین کننده شما باید تجهیزات و منابع اکسیژن را تا 5 سال ارائه دهد.
- اگر هنوز تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی در پایان دوره 5 ساله ضروری است:
- تامین کننده شما دیگر مجبور نیست آن را ارائه دهد و شما می توانید تجهیزات جایگزین را از هر تامین کننده دیگری تهیه کنید.
- یک دوره 5 ساله جدید آغاز می شود.
- شما به مدت 36 ماه از یک تامین کننده اجاره خواهید کرد.
- بعد تامین کننده شما باید تجهیزات، منابع، و خدمات اکسیژن را تا 24 ماه دیگر ارائه دهد.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است، هر 5 سال یک چرخه جدید آغاز می شود.

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است و شما برنامه ما را ترک می کنید و به طرح Medicare Advantage سوییچ می کنید، این طرح حداقل آنچه را که Original Medicare پوشش می دهد را پوشش می دهد. می توانید از برنامه Medicare Advantage خود بپرسید که چه تجهیزات و منابع اکسیژنی را پوشش می دهد و هزینه شما چقدر خواهد بود.



فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل در مورد خدماتی که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan پوشش داده و هر گونه محدودیت یا ممنوعیت در زمینه آن خدمات و اینکه شما چقدر برای هر یک از خدمات هزینه پرداخت می کنید اطلاعاتی در اختیار شما قرار می دهد. این فصل همچنین درباره انواع مزایایی که تحت پوشش بیمه ما نیستند به شما اطلاع رسانی می کند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A.	خدمات تحت پوشش شما هزینه هایی که از جیب خود پرداخت می کنید.	53
A1.	در مواقع اضطراری بهداشت عمومی.	53
B.	قوانین بر ضد ارائه کنندگان خدماتی که شما را برای خدمات شارژ می کنند.	53
C.	جدول مزایای طرح ما.	53
D.	جدول مزایا.	55
E.	مزایای تحت پوشش در خارج از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.	99
E1.	برنامه (CCT) تغییرات جامعه California.	99
E2.	برنامه دندانپزشکی Medi-Cal.	99
E3.	مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج.	100
F.	خدماتی که توسط Medicare، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و Medi-Cal پوشش داده نمی شوند.	101



A. خدمات تحت پوشش شما هزینه هایی که از جیب خود پرداخت می کنید

این فصل به شما اطلاعاتی درباره خدماتی که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه آنها را پرداخت می کند ارائه می دهد. همچنین به شما اطلاعاتی درباره هر یک از آن خدمات می دهد. شما همچنین از خدماتی مطلع می شوید که تحت پوشش نیستند. اطلاعات در مورد مزایای دارویی در بخش های B، C و D از فصل 5 ذکر شده اند. این فصل همچنین درباره محدودیت های برخی از خدمات توضیح می دهد.

برای برخی خدمات، هزینه ای از شما مطالبه خواهد شد که باید از جیب خود پرداخت کنید که تعرفه پرداخت مشترک نامیده می شود. این یک مبلغ ثابت (به طور مثال، \$5) می باشد که شما هر دفعه به هنگام دریافت خدمات پرداخت می کنید. شما تعرفه پرداخت مشترک را به هنگام دریافت خدمات پرداخت می کنید.

اگر برای درک خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با هدایتگر مراقبتی و/یا مراقبت مشتری خود با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

A1. در مواقع اضطراری بهداشت عمومی

برنامه هایی که پوشش مورد نیاز و انعطاف پذیری مجاز را برای اعضاء مشروط به اعلام فوریت های بهداشت عمومی (به عنوان مثال، همه گیری COVID-19) ارائه می دهند، پوشش و انعطاف پذیری را در اینجا شرح می دهند یا شامل اطلاعات کلی در مورد پوشش و انعطاف پذیری به همراه هرگونه ارجاع متقابل، در صورت لزوم می شود. طرح ها شامل این است که آیا چنین پوشش و انعطاف پذیری به مدت زمان وضعیت اضطراری بهداشت عمومی بستگی دارد، که ممکن است برای کل سال ادامه داشته باشد یا نباشد. طرح ها همچنین شامل هر گونه اطلاعات تماس خاص، در صورت لزوم، که در آن اعضا می توانند جزئیات بیشتری را دریافت کنند.

B. قوانین بر ضد ارائه کنندگان خدماتی که شما را برای خدمات شارژ می کنند

ما به ارائه کنندگان خدمات Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan اجازه نمی دهیم برای خدمات تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر کنند. پرداخت به ارائه کنندگان خدمات به صورت مستقیم توسط ما انجام می شود و بدین ترتیب شما از پرداخت هرگونه هزینه ای بی نیاز هستید. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان خدمات، از قیمت واقعی آن خدمات کمتر باشد باز هم خللی در این امر وارد نخواهد آمد.

شما هیچ وقت نباید از ارائه کنندگان خدمات برای خدمات تحت پوشش صورت حساب دریافت کنید. در صورت دریافت صورت حساب به بخش A فصل 7 مراجعه کرده یا با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

C. جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا نشان دهنده خدماتی است که هزینه آن ها توسط این طرح بیمه پرداخت می شود. در این جدول دسته بندی خدمات به ترتیب حروف الفبا ذکر شده است و خدمات تحت پوشش شرح داده شده اند.

پرداخت هزینه های مربوط به خدمات مندرج در جدول مزایا وابسته به رعایت قوانین ذیل می باشد.

- خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما باید مطابق با قوانین اعلام شده از سوی Medicare و Medi-Cal ارائه شود.
- این خدمات (شامل خدمات مراقبت پزشکی، سلامت رفتاری و اعتیاد، خدمات و پشتیبانی بلند مدت، پشتیبانی، مواد مصرفی، تجهیزات، و داروها) باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. منظور از ضرورت داشتن از نظر پزشکی این است که شما برای پیشگیری، تشخیص، یا درمان وضعیت و یا حفظ شرایط سلامتی فعلی خود به خدمات نیاز داشته باشید. این موارد شامل خدماتی است که از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کنند. همچنین به این

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825 TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند. خدمات هنگامی از ضرورت پزشکی برخوردار هستند که منطقی بوده و برای محافظت از زندگی، پیشگیری از بیماری یا ناتوانی شدید، یا کاهش درد شدید لازم باشند.

- این خدمات از سوی یکی از اعضای شبکه ارائه کنندگان خدمات به شما عرضه می شود. یک ارائه دهنده خدمات شبکه ارائه دهنده خدماتی است که با ما همکاری می کند. در بیشتر موارد، در صورت استفاده شما از خدمات مراکز غیر شبکه، بازپرداخت هزینه های شما را تقبل نمی کنیم. بخش D از فصل 3، اطلاعات بیشتری را در مورد استفاده از خدمات ارائه کنندگان عضو شبکه و ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه در اختیار شما قرار خواهد داد.
 - شما یک ارائه کننده اولیه خدمات (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که به شما خدمات ارائه می دهند و مراقبت های درمانی شما را مدیریت می کنند. در اکثر مواقع، پیش از این که شما بتوانید از فردی که PCP شما نیست استفاده کرده و یا از خدمات سایر ارائه دهندگان خدمات در شبکه استفاده کنید PCP شما باید به شما یک تأییدیه بدهد. به چنین موافقتی یک ارجاع گفته می شود. در بخش D فصل 3 اطلاعات بیشتری درباره ارجاعات و شرح زمان نیاز به معرفی ذکر شده است.
 - باید از ارائه کنندگان خدمات که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند خدمات درمانی خود را دریافت کنید. جهت اطلاعات بیشتر به فصل 3، بخش D مراجعه کنید.
 - برخی از خدمات فهرست شده در جدول مزایا فقط در صورتی پوشش داده می شوند که پزشک شما یا دیگر ارائه دهنده خدمات ابتدا از ما تأییدیه گرفته باشد. به این تأییدیه قبلی گفته می شود. خدمات تحت پوششی که برای آنها باید ابتدا تأییدیه قبلی گرفت در جدول مزایا مشخص شده اند. جهت اطلاعات بیشتر به فصل 4، بخش D مراجعه کنید. با چاپ ایتالیک.
 - همه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. شما این علامت سیب 🍏 را کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا پیدا خواهید کرد.
 - خدمات برنامه مراقبت اختیاری (CPO) ممکن است در طرح مراقبت فردی شما تحت پوشش قرار گرفته باشند. این خدمات در خانه، خدماتی مانند تهیه غذا بیشتر در اختیار شما قرار دهند، به شما یا پرستار شما کمک کنند یا بواسطه آن دستگیره های دیواری حمام یا سکوی ویلچر برای شما نصب کنند. این خدمات می توانند به شما کمک کنند تا استقلال بیشتری در زندگی داشته باشید اما جایگزین خدمات و پشتیبانی بلند مدتی (LTSS) که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید نمی شوند. نمونه هایی از خدمات CPO که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan در گذشته پیشنهاد داده است شامل:
- Partners in Care Foundation برای مدیریت بیمار، ارزیابی و خدمات مبتنی بر خانه و اجتماع و همچنین همکاری با LifeSpring برای ارائه غذاهای خانگی می باشد. چنانچه نیاز به کمک دارید یا در خصوص اینکه خدمات CPO چگونه می توانند به شما کمک کنند سوالی دارید، با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

D. جدول مزایا

هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	غریبال گری آنوریسم آنورت شکمی ما هزینه یکبار غریبالگری اولتراسوند را برای افراد در معرض خطر می پردازیم. طرح فقط در صورتی این غریبال گری را پوشش می دهد که عوامل خطر ساز خاصی را داشته باشید و برای این غریبال گری توسط پزشک، پزشک یار، پرستار حرفه ای یا پرستار بالینی تخصصی ارجاع داده شده باشید.	
\$0	طب سوزنی ما هزینه تا دو خدمات طب سوزنی سرپایی در هر ماه تقویمی، و یا بیشتر در صورت نیاز از لحاظ پزشکی را پرداخت می کنیم. در صورتی که کمردرد مزمن دارید، تا 12 ویزیت طب سوزنی را در 90 روز پرداخت می کنیم، به شرح زیر: - ماندگاری 12 هفته یا بیشتر؛ - غیر خاص (بدون علت سیستمیک که بتوان آن را شناسایی کرد، مانند عدم ارتباط با بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی)؛ - بدون ارتباط با جراحی؛ و - بدون ارتباط با بارداری. علاوه بر این، در صورت نشان دادن بهبودی، هزینه 8 جلسه دیگر طب سوزنی را برای کمردرد مزمن پرداخت می کنیم. سالانه نمی توانید بیش از 20 درمان طب سوزنی برای کمردرد مزمن انجام دهید. درمان های طب سوزنی برای کمردرد مزمن در صورت بهبود نیافتن یا بدتر شدن باید متوقف شود. مزایا از طریق قرارداد با American Specialty Health Plans of Inc، California ارائه می شود. (طرح های ASH Plans). برای کسب اطلاعات بیشتر، یا یافتن ارائه دهنده مشارکت کننده برنامه های ASH Plans، می توانید با طرح های ASH با این شماره تماس بگیرید (800) 678-9133، TTY: (877) 710-2746، دوشنبه تا جمعه، 5 صبح تا 6 بعد از ظهر همچنین می توانید با مراقبت مشتری Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید یا از Find a Doctor (یک دکتر بیابید) در blueshieldca.com برای یافتن ارائه دهنده شرکت کننده طرح های ASH استفاده کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	خدمات اضافی سلامت از راه دور Teladoc مشاوره پزشکی را از طریق تلفن یا ویدیو به صورت 365/7/24 در اختیار شما قرار می دهد. پزشکان Teladoc می توانند مشکلات اولیه را تشخیص و درمان کنند و برخی داروها را نیز تجویز نمایند. Teladoc یک خدمات تکمیلی است که قرار نیست جایگزین درمانی که از پزشک مراقبت های اولیه خودتان می گیرید شود. لطفاً برای درخواست بازدید، وارد برنامه blueshieldca.com/teladoc یا برنامه Blue Shield of California شوید. اگر سوالی دارید، می توانید با Teladoc از طریق این تلفن تماس بگیرید 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) TTY: 711، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال.	
\$0	غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل ما هزینه یک بار غربال گری سوء مصرف مشروبات الکلی (SBIRT) را برای بزرگسالانی که سوء مصرف الکل داشته ولی به آن وابسته نیستند را می پردازیم. این امر زنان باردار را نیز شامل می شود. اگر نتیجه غربالگری شما برای سوء مصرف الکل مثبت باشد، می توانید سالانه تا چهار جلسه مشاوره رو در روی کوتاه (اگر طی مشاوره قادر و هوشیار باشید) با یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه با صلاحیت یا پزشکی در یک تسهیلات خدمات مراقبتی اولیه دریافت کنید. درمان های کوتاه معمولاً شامل 1 الی 3 جلسه 15 دقیقه ای می شوند که حضوری، تلفنی یا از طریق وسایل ارتباطی ارائه می شوند.	
\$0	خدمات آمبولانس خدمات تحت پوشش آمبولانس عبارت از آمبولانس های هواپیمایی، بالگرد و زمینی می باشند. آمبولانس شما را به نزدیک ترین مرکز پزشکی که می تواند به شما خدمات ارائه کند منتقل می نماید. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی، سلامتی یا جان شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید از سوی ما تایید شود. در موارد غیر اضطراری، ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش های مراجعه به مراکز پزشکی، سلامتی یا جان شما را به خطر بیندازد. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 3825-95-855-1

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	معاینه جسمی سالانه علاوه بر معاینه سالانه سلامت، هر 12 ماه شما برای یک معاینه معمول جسمی تحت پوشش قرار می گیرید. این معاینه شامل یک بررسی جامع از سوابق پزشکی و خانوادگیتان، معاینه دقیق سرتا پا و سایر خدمات، ارجاعات و توصیه هایی است که ممکن است مناسب باشد. هر هزینه ای مربوط به آزمایشگاه، روش تشخیصی یا سایر انواع خدمات توصیه شده تحت این مزایا پوشش داده نمی شوند و مبلغ اشتراک هزینه طرح خود را برای هر یک از این خدمات به طور جداگانه پرداخت می کنید.	
\$0	ویزیت سالانه سلامت شما می توانید یک بار در سال معاینه کامل شوید. این امر به منظور ایجاد یا به روزرسانی طرح پیشگیری بر اساس عوامل خطر فعلی برای شما صورت می پذیرد. ما هزینه این کار را هر 12 ماه یک بار می پردازیم.	
\$0	اندازه گیری تراکم استخوان ما هزینه های مربوط به آزمون های مشخصی را برای کاربران واجد شرایط (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن تراکم استخوان و یا ابتلا به پوکی استخوان قرار دارند) می پردازیم. این آزمون ها تراکم و کیفیت استخوان را مشخص کرده و همچنین از دست رفتن تراکم و کیفیت استخوان را مشخص می کنند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یک بار و در صورت ضرورت پزشکی در مدت زمانی کمتر می پردازیم. ما هزینه گزارش پزشک را هم تقبل می کنیم.	
\$0	غربالگری سرطان سینه (ماموگرام) ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • یک ماموگرام پایه بین سنین 35 تا 39 سالگی • ماموگرام غربالگری برای زنان 40 سال به بالا هر 12 ماه یکبار • معاینه بالینی سینه هر 24 ماه یکبار	

هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	خدمات توانبخشی قلبی ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی، مانند ورزش، آموزش و مشاوره را به عهده می گیریم. اعضاء باید واجد برخی شرایط/ارجاع پزشک باشند. برنامه های فشرده بازتوانی قلبی هم تحت پوشش ما قرار می گیرند؛ این برنامه ها نسبت به برنامه های بازتوانی قلبی معمول از شدت بیشتری برخوردار هستند. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
\$0	ویزیت کاهش خطر بیماری های قلبی- عروقی (درمان بیماری های قلبی)* ما هزینه یک معاینه در سال یا معاینات بیشتر را چنانچه به لحاظ پزشکی نیاز باشد توسط ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما برای کمک در کاهش ابتلاء به بیماری های قلبی را پرداخت می کنیم. طی معاینات پزشک شما می تواند: • در مورد استفاده از آسپرین با شما صحبت کند، • فشار خون شما را اندازه گیری کند و/یا • شما را در رابطه با تغذیه صحیح راهنمایی کند.	
\$0	آزمون های مربوط به بیماری های قلبی-عروقی هر پنج سال (60 ماه) یک بار هزینه های آزمایش خون جهت تشخیص بیماری های قلبی-عروقی را می پردازیم. این آزمایش ها نواقصی را که خطر بیماری های قلبی را افزایش می دهند نیز جستجو می کنند.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • برای تمامی زنان: آزمایش های پاپ اسمیر و سرطان رحم هر 24 ماه یک بار • برای خانم هایی که در خطر بالای ابتلا به سرطان رحم یا واژن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یک بار • برای خانم هایی که در خلال 3 سال اخیر یک آزمایش پاپ اسمیر غیرعادی داشته اند، و در سن بچه دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یک بار • برای زنان 30 تا 65 سال: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ به علاوه HPV هر 5 سال یکبار	
\$0	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • جابجایی ستون فقرات جهت اصلاح همخطی	
\$0	غربالگری سرطان های روده و راست روده برای افراد 50 سال و بالاتر هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر (یا غربالگری تنقیه باریم) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی در مدفوع، هر 12 ماه • آزمایش خون مخفی در مدفوع یا آزمون ایمونوکمیکال مدفوع، هر 12 ماه • غربالگری روده و راست روده بر مبنای DNA، هر 3 سال • کولونوسکوپی هر ده سال (اما نه در 48 ماه بعد از سگموئیدوسکوپی غربالگری) • غربالگری کولونوسکوپی (یا غربالگری باریم انما به عنوان جایگزین) هر 24 ماه ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS) یک برنامه خدمات سرپایی در مراکز درمانی است که مردم بر اساس برنامه زمانی در آن شرکت می کنند. خدمات پرستاری ورزیده، خدمات اجتماعی، انواع درمان ها (من جمله کاردرمانی، ورزش و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات در قالب این برنامه عرضه می شود. در صورت واجد شرایط بودن شما برای عضویت در CBAS، ما همه هزینه های آن را می پردازیم. توجه: اگر مراکز CBAS در دسترس نباشد، ما می توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه نماییم. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
\$0	مشاوره ترک مصرف دخانیات و تنباکو اگر تنباکو مصرف می کنید ولی نشانه ها و علائم بیماری های مرتبط با تنباکو را ندارید و می خواهید یا نیاز دارید تا آن را ترک کنید: - ما هزینه دو تلاش برای ترک را طی یک دوره 12 ماهه به عنوان یکی از خدمات پیشگیرانه پرداخت می کنیم. این خدمات برای شما رایگان است. هر بار تلاش می تواند تا سقف چهار ویزیت حضوری را شامل شود. - اگر شما تنباکو مصرف می کنید و به بیماری های ناشی از مصرف این ماده مبتلا شده اید، و یا داروهایی مصرف می کنید که تنباکو بر آن ها تاثیر می گذارد: - ما هزینه دو بار مشاوره ترک مصرف را در یک دوره 12 ماهه می پردازیم. هر بار مشاوره می تواند تا سقف چهار ویزیت حضوری را شامل شود. - اگر باردار هستید، می توانید با کسب اجازه قبلی، از جلسات مشاوره ترک مصرف تنباکو به هر تعداد که لازم باشد بهره مند شوید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات دندانپزشکی برخی خدمات دندانپزشکی، مانند جرم گیری، پرکردن، و دندان های مصنوعی از طریق برنامه دندان Medi-Cal موجود است. برای اطلاعات بیشتر در این باره به بخش F مراجعه کنید. Denti-Cal تا سقف \$1,800 از خدمات را در هر سال تقویمی پوشش می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت Denti-Cal به آدرس www.denti-cal.ca.gov و کتابچه راهنمای دریافت کنندگان خدمات دندانپزشکی California Medi-Cal مراجعه کنید. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
\$0	غریبالگری افسردگی  ما هر سال هزینه یک غریبالگری افسردگی را می پردازیم. غریبالگری باید در محیط مراقبت های اولیه صورت گیرد که می تواند درمان و ارجاع که بعداً نیاز می شود را پوشش دهد.
\$0	غریبالگری دیابت*  در صورت دارا بودن هر یک از موارد ذیل ما هزینه این غریبالگری (شامل آزمایش قند خون ناشتا) را تحت پوشش قرار می دهیم: • فشار خون بالا (پرفشاری) • سابقه کلسترول و تری گلیسرید غیرعادی (دیس لیپیدمی) • چاقی مفرط • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد خاص مانند اضافه وزن همراه با سابقه خانوادگی دیابت نیز هزینه آزمایشات پرداخت می شود. بسته به نتیجه آزمایش، شما از حداکثر دو آزمون غریبالگری دیابت در هر 12 ماه برخوردار می شوید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	آموزش ، خدمات و تجهیزات مورد نیاز برای درمان خود محور دیابت هزینه خدمات ذیل برای همه بیماران دیابتی پرداخت می شود (صرف نظر از اینکه آیا انسولین مصرف می کنند یا خیر): • تجهیزات و مواد مصرفی مورد نیاز برای پایش قند خون ، شامل موارد ذیل: ○ دستگاه اندازه گیری قند خون ○ نوارهای آزمایش قند خون ○ لانس و سوزن های آن ○ محلول های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای آزمایش و دستگاه های اندازه گیری ○ برای نوارهای آزمایش و مانیتورهای قند خون، تولید کننده ترجیحی نوارهای آزمایشی Abbott FreeStyle® (ساخته شده توسط Abbott) است و مانیتورهای قند خون نیازی به تایید پزشک از قبل (گاهی اوقات "مجوز قبلی" گفته می شوند) از طرح ندارند. برای نوارهای آزمایش و مانیتورهای قند خون، از سایر تولیدکنندگان نیاز به تایید پزشک از قبل (گاهی اوقات "مجوز قبلی" گفته می شوند) از طرح دارند. • برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، هزینه خدمات ذیل پرداخت می شود: ○ یک جفت کفش طبی سفارشی (شامل کفی)، شامل به اندازه کردن، دو جفت کفی اضافه در هر سال تقویمی، یا ○ یک جفت کفش دیابتی، شامل به اندازه کردن، و سه جفت کفی اضافه در هر سال (بدون احتساب کفی های غیر سفارشی و قابل تعویض که با این کفش ها عرضه می شود) • در برخی موارد ، هزینه آموزش های لازم برای شما پرداخت می شود تا بیماری دیابت تان را بهتر تحت کنترل بگیرید. برای اطلاعات بیشتر با مرکز مراقبت مشتری تماس بگیرید. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	لوازم پزشکی با طول عمر بالا (DME) و وسایل مصرفی مربوطه (جهت آشنایی با تعریف "تجهیزات پزشکی با طول عمر بالا، (DME)" به فصل 12 این کتابچه مراجعه کنید.) موارد ذیل تحت پوشش هستند: • صندلی چرخدار • چوب زیربغل • سیستم های تشک برقی • پد فشاری خشک برای تشک • تجهیزات مخصوص افراد دیابتی • تخت های بیمارستانی که توسط یک ارائه دهنده خدمات برای استفاده در منزل سفارش داده می شود • پمپ ها و پایه تزریق وریدی (IV) • پمپ امعایی و تجهیزات مربوطه • دستگاه های تولید گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • بخارکننده (نبولایزر) • واکر • عصای سرخم استاندارد یا چهارپایه و تجهیزات تعویضی • تراکشن گردنی (قابل نصب روی در) • تحریر کننده استخوان • تجهیزات مراقبتی بیماران دیالیزی اقلام دیگری نیز ممکن است تحت پوشش باشد. ما هزینه همه DME های دارای ضرورت پزشکی که Medicare و Medi-Cal معمولاً هزینه آنها را پرداخت می کنند را پرداخت خواهیم کرد. اگر تامین کننده ما در منطقه شما یک محصول دارای نام تجاری یا سازنده خاص را موجود نداشته باشد، می توانید بررسی کنید که آیا آنها می توانند آن شخصاً برای شما سفارش دهند. قوانین دریافت مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.

هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0 شما هیچ محدودیت سالیانه ای برای مراقبت های اورژانسی تحت پوشش یا خدمات ضروری فوری در خارج از ایالات متحده و مناطق آن ندارید. خدمات خارج از ایالات متحده و سرزمین های آن بر حداکثر محدودیت پرداخت از جیب طرح اعمال نمی شود. اگر از یک بیمارستان خارج از شبکه خدمات اضطراری دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اضطراری نیاز به مراقبت های بستری در بیمارستان داشته باشید، باید برای این که خدمات تان پوشش داده شود به یک بیمارستان عضو شبکه برگردید یا باید مراقبت های بستری خود را از یک بیمارستان خارج از شبکه مورد تأیید توسط طرح دریافت کنید و هزینه شما مشابه مبلغی باشد که به عنوان اشتراک هزینه در بیمارستان های عضو شبکه پرداخت می کنید	مراقبت اورژانسی مراقبت اضطراری به معنای خدماتی است که: • توسط ارائه دهندگان خدمات آموزش دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می شوند، و • مورد نیاز برای مداوای موارد اضطراری پزشکی می باشد. منظور از موقعیت اورژانسی پزشکی یک عارضه پزشکی است که با درد شدید یا آسیب دیدگی جدی همراه است. موقعیت به قدری بحرانی باشد که اگر فوراً مراقبت های پزشکی به عمل نیاید، هر فردی با آگاهی متوسط در زمینه سلامت و پزشکی بتواند پیش بینی کند که یکی از این شرایط پیش خواهند آمد: • سلامت بیمار در معرض خطر جدی قرار گیرد؛ یا • صدمه جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا • اختلال شدید هر اندام یا بخش بدن؛ یا • در مورد یک زن باردار در حال زایمان به شکلی که ممکن است یکی از شرایط ذیل رخ دهد: ○ زمان کافی برای انتقال بی خطر شما به بیمارستان دیگری قبل از زایمان وجود نداشته باشد. ○ انتقال به یک بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و ایمنی شما یا نوزاد به دنیا نیامده شما را به خطر بیندازد.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0 تعرفه پرداخت مشترک برای خدمات پزشکی و تشخیصی. برای اقلام نسخه ای، تعرفه پرداخت مشترک برای نسخه ممکن است اعمال شود.	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می دهد به دلخواه خود هر ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده را که مایل هستید انتخاب نمایید. این بدان معناست که محدودیتی در انتخاب پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه و یا مرکز تنظیم خانواده وجود ندارد. ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • معاینه و درمان های مربوط به تنظیم خانواده • آزمایشات تشخیصی و آزمایشگاه تنظیم خانواده • روش های تنظیم خانواده (IUC/IUD، ایمپلنت ها، تزریق ها، قرص های کنترل بارداری، پچ یا حلقه) • لوازم تنظیم خانواده با تجویز پزشک (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کپ) • مشاوره و تشخیص ناباروری، و خدمات مرتبط • مشاوره، تست و درمان عفونت های مقاربتی (STI ها) • مشاوره و تست برای HIV و ایدز AIDS و سایر بیماری های مرتبط با HIV • پیشگیری از بارداری دائمی (برای انتخاب این روش برنامه ریزی خانواده باید سن شما 21 سال یا بیشتر باشد. شما باید یک فرم رضایت نامه نازائی فدرال را حداقل 30 روز، اما نه بیش از 180 روز قبل از تاریخ جراحی، امضا کنید.) • مشاوره ژنتیک ما هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را هم می پردازیم. با این وجود شما باید جهت استفاده از خدمات ذیل به یکی از ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه فرمایید: • درمان های پزشکی ناباروری (این خدمات شیوه های مصنوعی باردار شدن را شامل نمی شود.) • درمان ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • آزمایش های ژنتیک



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	برنامه های آموزش سلامت و تندرستی ما برنامه های گوناگونی داریم که پیرامون بیماری های خاص طراحی شده اند. مثالهایی از این موارد عبارتند از: • کلاس های آموزش بهداشت؛ • کلاس های آموزش تغذیه؛ • ترک استعمال دخانیات و تنباکو؛ و • خط کمک پرستاری خط مشاوره پرستار طرح Blue Shield of California Promise Health با بکارگیری پرستاران دارای پروانه رسمی آماده پاسخگویی به سوالات شما به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می باشد. با خط مشاوره پرستار با شماره (800) 609-4166 (TTY: 711) تماس بگیرید. امکان دسترسی به پرستاران از طریق تلفن به منظور پاسخ دهی به سوالات عمومی در زمینه سلامت و ارائه اطلاعات در خصوص منابع دیگر برای کسب اطلاعات بیشتر وجود دارد. با استفاده از خط مشاوره پرستار، اعضاء می توانند خلاصه مکالمه خود با پرستار مربوطه را از طریق ایمیل دریافت کنند که شامل همه اطلاعات و لینک های مربوط به ارجاع آسان می باشد.	
\$0	عضویت در باشگاه سلامت و کلاس های تناسب اندام SilverSneakers® فیتنس ورزش، آموزش و فعالیت های اجتماعی با دسترسی به: • هزاران مرکز تناسب اندام در سراسر کشور که می توانید در هر زمان از آنها استفاده کنید. • تجهیزات تمرین و کلاس های SilverSneakers. • رویدادها و فعالیت های اجتماعی. • کلاس های SilverSneakers FLEX™ مانند یوگا، رقص لاتین و تای چی. • با SilverSneakers Life انگار که در کلاس هستید بدون اینکه منزل را ترک کرده باشید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0 پرداخت مشترک	خدمات شنوایی ما هزینه آزمون های شنوایی و نیز تعادلی انجام شده توسط ارائه دهنده خدمات شما را می پردازیم. این آزمایش ها نیاز شما به درمان های پزشکی را مشخص می کنند. در صورت استفاده از پزشک، متخصص شنوایی سنجی و یا دیگر سرویس دهندگان واجد شرایط، هزینه های مربوطه به عنوان درمان سرپایی محسوب می شوند. طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect مزایای کمک شنوایی برای هر دو گوش را به صورت توام در هر سال (1 ژانویه - 31 دسامبر) تا سقف \$2,000 را پوشش می دهد. مزایای کمک شنوایی عبارتند از: • سمعک ها • قالب ها • تجهیزات مخصوص اصلاح و تعدیل • تجهیزات جانبی علاوه بر مزایای تکمیلی فوق، Medi-Cal مزایای کمک شنوایی در هر سال مالی را (1 ژوئیه - 30 ژوئن) تا سقف \$1,510 را پوشش می دهد. اگر باردار هستید و یا در یک مرکز پرستاری زندگی می کنید، ما هزینه لوازم کمک شنوایی را هم به شرح ذیل می پردازیم: • قالب گیری، لوازم مصرفی و نصب • تعمیراتی که بیش از \$25 هزینه برای هر تعمیر نیاز داشته باشد • اولین باتری نصب شده • شش ویزیت برای آموزش، اصلاح، و نصب، پس از دریافت لوازم کمک شنوایی، با همان فروشنده • دوره آزمایشی استفاده از لوازم کمک شنوایی ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	غربالگری برای HIV ما هر 12 ماه یکبار هزینه یک آزمون غربالگری HIV را برای افراد ذیل پرداخت می کنیم: • کسانی که آزمایش غربالگری HIV درخواست می کنند، یا • افرادی که در معرض خطر مضاعف ابتلا به HIV هستند. برای زنان باردار ما هزینه حداکثر سه آزمون غربالگری HIV را در طول بارداری تقبل می کنیم. ما همچنین هزینه غربالگری (های) اضافی HIV را هنگامی که توسط ارائه دهنده شما توصیه می شود، پرداخت می کنیم.	
\$0	مراقبت های سلامتی در خانه توسط بنگاه پیش از دریافت خدمات مراقبت در خانه، یک پزشک باید نیاز شما به این خدمات را به ما اعلام کند و سپس بنگاه مراقبت در خانه این خدمات را ارائه نماید. ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • خدمات کمکی سلامتی یا پرستاری حرفه ای نیمه وقت یا موقت (تحت عنوان مزایای مراقبت سلامت در خانه پوشش داده می شود. خدمات کمکی سلامتی یا پرستاری حرفه ای شما باید در کل کم تر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
شما \$0 برای هر جلسه ویزیت تحت پوشش، جهت تزریقات در منزل پرداخت می کنید.	تزریقات در منزل طرح هزینه های مربوط به تزریقات در منزل را پرداخت خواهیم کرد، تزریقات به معنی تزریق داروها یا مواد بیولوژیکی است که باید داخل ورید یا زیر پوست تزریق شود و در منزل به شما ارائه می شود. موارد زیر برای انجام تزریقات لازم است: • دارو یا ماده بیولوژیکی، مثل آنتی وایروس یا ایمونوگلوبولین؛ • تجهیزاتی مثل پمپ؛ و • مواد مصرفی مانند لوله یا سوند. طرح خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می دهیم: • خدمات حرفه ای از جمله خدمات پرستاری، که طبق طرح خدمات درمانی شما ارائه می شود؛ • آموزش اعضا و آموزش هایی که قبلاً شامل مزایای DME نبوده است؛ • نظارت از راه دور؛ و • خدمات نظارتی برای ارائه تزریقات در منزل و داروهای تزریق در منزل که زیر نظر یک ارائه دهنده خدمات تزریقات و اجداث شرایط ارائه می شود. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
\$0	تحويل غذا درب منزل پس از ترخیص از بیمارستان بستری یا اقامت در مرکز تخصصی پرستاری (SNF)، موارد زیر را پوشش می دهیم: • 22 وعده غذایی و 10 میان وعده در هر ترخیص • وعده های غذایی و میان وعده ها بر حسب نیاز طی حداکثر سه مرحله ارسال می شود • پوشش به دو ترخیص در سال محدود می شود برای کسب اطلاعات بیشتر، می توانید با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect (شماره تلفن ها در پشت جلد این جزوه چاپ شده است) تماس بگیرید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج می توانید از خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare استفاده نمایید. شما از این حق برخوردار هستید که در صورتی که ارائه دهنده خدمات تان و مدیر امور پزشکی آسایشگاه بیماری های لاعلاج تشخیص دهند که پیش بینی شده است شما مبتلا به بیماری لاعلاجی هستید اقامت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج را انتخاب کنید. یعنی باید بیماری لاعلاجی داشته باشید و انتظار بروی که بیش از شش ماه زنده نمانید. پزشک آسایشگاه شما می تواند عضو شبکه و یا خارج از شبکه باشد. طرح طی دورانی که خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج دریافت می کنید موارد زیر را پوشش می دهد: • داروهای مورد نیاز جهت درمان درد و دیگر نشانه های بیماری • مراقبت های استراحتی کوتاه مدت • مراقبت خانگی بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج (ادامه) هزینه های خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج و خدمات تحت پوشش بخش A یا B از Medicare از Medicare مطالبه می شوند. - جهت اطلاعات بیشتر به بخش و این فصل مراجعه کنید. - زمانی که در یک آسایشگاه بیماری های لاعلاج تایید شده از سوی بخش A و B از Medicare به سر می برید، هزینه خدمات مرتبط با بیماری لاعلاج شما از سوی Medicare پرداخت می شود. طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect هزینه این خدمات را پرداخت نمی کند. برای خدماتی که تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بوده اما تحت پوشش بخش A یا B از Medicare نیستند: - طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect آن دسته از خدمات تحت پوشش طرح که در Medicare قسمت الف یا ب پوشش داده نمی شوند را تحت پوشش قرار می دهد. این طرح خدمات را صرفنظر از ارتباط یا عدم ارتباط آن ها با پیش بینی بیماری لاعلاج شما پوشش می دهد. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید. برای داروهایی که ممکن است تحت مزایای بخش D از Medicare مورد پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قرار گیرند: - داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند. جهت اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش های C، B و D فصل 5 مراجعه کنید. توجه: اگر به خدمات غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج نیاز داشته باشید، باید با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. مراقبت های غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج ربطی به پیش بینی بیماری لاعلاج شما ندارند. برای صحبت با هدایتگر مراقبتی خود، با شماره تلفن پایین این صفحه با مراقبت مشتری تماس بگیرید و در هنگام انتخاب گزینه، هدایتگر مراقبتی را انتخاب کنید. بیمه ما هزینه مشاوره آسایشگاه (فقط یک بار) را برای یک بیمار مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای مرکز درمانی را انتخاب نکرده است پوشش می دهد.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	ایمن سازی ها ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • واکسن ذات الریه • واکسن آنفولانزا، در هر فصل آنفولانزا در پایین و زمستان یک واکسن، به همراه واکسن های آنفولانزای اضافی چنانچه از نظر پزشکی مورد نیاز باشد • واکسن هپاتیت ب در صورتی که در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت ب باشید • سایر واکسن ها، به شرطی که شما در معرض خطر باشید و این واکسن ها با قوانین پوشش خدمات در Medicare Part B همخوانی داشته باشد ما هزینه سایر واکسن هایی که با قوانین پوشش خدمات در بخش Medicare D همخوانی دارند را می پردازیم. برای اطلاعات بیشتر، بخش H فصل 6 را مطالعه کنید. ما همچنین هزینه تمام واکسن های بزرگسالان را که توسط کمیته مشورتی در زمینه اقدامات ایمن سازی (ACIP) توصیه شده است، پرداخت می کنیم.	
\$0	مراقبت بستری در بیمارستان ما هزینه خدمات زیر، و برخی خدمات پزشکی ضروری دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی خصوصی) • وعده های غذایی، شامل رژیم های غذایی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه های واحد های مراقبت ویژه مانند مراقبت های ویژه یا واحدهای مراقبت از کرونر • تست های آزمایشگاهی • تست های آزمایشگاهی • لوازم مصرفی مورد نیاز جراحی و پزشکی • لوازم مصرفی مورد نیاز جراحی و پزشکی بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0 برای ادامه دریافت خدمات بستری در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از اینکه حالت اضطراری شما به وضعیت تثبیت رسید، باید از بیمه تاییدیه دریافت کنید.	مراقبت بستری در بیمارستان (ادامه) - وسایلی همچون صندلی چرخدار - فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی - فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی - خدمات بستری برای اختلال اعتیاد - در برخی موارد، این پیوندها: قرنیه، کلیه، / پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/ چند احشایی. در صورت نیاز به پیوند عضو، یک مرکز پیوند عضو تایید شده از سوی Medicare پرونده شما را بررسی نموده و در مورد نیاز شما به پیوند اعضاء تصمیم می گیرد. ارائه کنندگان خدمات پیوند اعضاء می توانند در محدوده پوشش بیمه و یا خارج از آن باشند. در صورت موافقت ارائه کنندگان محلی خدمات پیوند اعضاء با نرخ پیشنهادی Medicare، شما می توانید خدمات مذکور را به صورت محلی و یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید. اگر طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect خدمات پیوند را خارج از الگوی مراقبت ها برای جامعه ما ارائه دهد و شما تصمیم بگیرید که عمل پیوند خود را آنجا انجام دهید، ما ترتیب محل اقامت شما را خواهیم داد یا هزینه آن را و هزینه سفر شما و یک شخص همراهتان را پرداخت خواهیم کرد. - خون، شامل نگهداری و تزریق می شود - خدمات پزشک ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات درمانی بهداشت روانی با بستری ما هزینه خدمات درمانی اختلالات روانی نیازمند به بستری در بیمارستان را می پردازیم. • در صورت نیاز به خدمات بستری در بیمارستان های روانپزشکی مستقل، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از این مدت، بنگاه بهداشت روانی محلی شهرستان هزینه خدمات بستری روانپزشکی را در صورت ضرورت پزشکی خواهد پرداخت. مراقبت های طولانی تر از 190 روز باید با موسسه بهداشت روانی محلی شهرستان هماهنگی شود. ○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات سلامت روان در حالت بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان های عمومی اعمال نمی شود. • در صورتی که 65 سال و یا بیشتر سن داشته باشید، ما هزینه خدماتی که شما در مراکز امراض روانی (IMD) دریافت می کنید را خواهیم پرداخت.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	بستری شدن در بیمارستان: خدمات تحت پوشش در یک بیمارستان و یا مرکز پرستاری حرفه ای (SNF) در خلال یک اقامت به روش بستری شدن که تحت پوشش نمی باشد اگر دوره بستری شما منطقی و به لحاظ پزشکی لازم نباشد، ما هزینه آن را پرداخت نخواهیم کرد. با این وجود، در برخی مواردی که مراقبت از بیمار بستری تحت پوشش نیست، ممکن است هزینه خدماتی که طی اقامت خود در یک بیمارستان یا مراکز پرستاری دریافت می کنید را پرداخت کنیم. برای اطلاعات بیشتر با مرکز مراقبت مشتری تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • خدمات پزشک • آزمایش های تشخیصی، مانند آزمون های آزمایشگاهی • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین • لوازم جراحی مصرفی مانند پانسمان ها • اسپلینت، قالب گچ و سایر تجهیزات مورد استفاده در شکستگی و در رفتگی • وسایل اندام ساختگی و ارتوپدی، به غیر از وسایل دندانپزشکی، من جمله جایگزینی یا تعمیر آنها. این موارد عبارتند از: ○ جایگزینی عضو بدن (شامل بافت های عصبی رابط هم می شود)، یا ○ جایگزینی همه یا بخشی از یک عضو نارسا یا از کار افتاده داخلی بدن. • پا، بازو، پشت، و گردن بند، فتق بند، و پا، بازو، و چشم مصنوعی. این شامل تنظیم، تعمیر، و در صورت نیاز به دلیل شکستگی، فرسودگی، گم شدن، یا تغییر در شرایط بیمار، جایگزینی آن ها می شود • ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را می پردازیم ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات و لوازم مصرفی بیماری های کلیوی ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • خدمات آموزشی مربوط به بیماری های کلیوی جهت آموزش مراقبت از کلیه ها و نیز کمک به اعضای طرح برای تصمیم گیری صحیح در مورد خدمات . شما باید به بیماری مزمن کلیوی مرحله IV مبتلا بوده و از سوی پزشک ارجاع شده باشید. ما هزینه شش جلسه آموزش بیماری های کلیوی را پرداخت میکنیم. • دیالیز سرپایی، که شامل درمان های دیالیز می شود، در صورتی که موقتاً از محدوده تحت پوشش بیمه خارج باشد، همان طور که در بخش D از فصل 3 توضیح داده شده است • درمان های دیالیز در مواقعی که برای مراقبت های ویژه در بیمارستان بستری شده اید • آموزش های خود دیالیزی، شامل آموزش انجام درمان های دیالیزی در خانه به شما و سایر بستگانی که به شما کمک می کنند • تجهیزات و لوازم مصرفی دیالیز خانگی • برخی خدمات پشتیبانی خانگی مانند ویزیت های ضروری کارکنان آموزش دیده دیالیز برای بررسی وضعیت دیالیز شما در خانه، برای کمک در مواقع اضطراری و نیز برای بررسی تجهیزات دیالیز و وضعیت آب مصرفی. مزایای دارویی طرح بخش Medicare B شما هزینه برخی از داروهای دیالیز را می پردازد. جهت کسب اطلاعات، لطفاً به "داروهای نسخه ای بخش B از Medicare" در این جدول مراجعه کنید. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	غریبالگری سرطان ریه طرح در موارد زیر هزینه غریبالگری سرطان ریه در هر 12 ماه را پوشش می دهد: • سن شما بین 50 تا 80 سال باشد، و • یک ویزیت مشاور و تصمیم گیری مشترک با پزشک یا یک ارائه کننده خدمات مجاز دیگر داشته باشید، و • برای مدت 20 سال روانه حداقل 1 بسته سیگار را بدون هیچگونه علائم یا نشانه های سرطان ریه کشیده باشید یا هم اکنون سیگاری بوده و یا در خلال 15 سال اخیر کشیدن سیگار را ترک کرده باشید. پس از اولین غریبالگری، طرح هر ساله با یک دستورالعمل کتبی از سوی پزشک یا ارائه دهنده مجاز دیگر، هزینه یک غریبالگری دیگر را پرداخت می کند. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
\$0	تغذیه درمانی پزشکی این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری های کلیوی بی نیاز از دیالیز مبتلا هستند. همچنین برای دوره پس از پیوند کلیه در زمانی است که توسط پزشک تان معرفی شده باشد. ما هزینه سه ساعت مشاوره حضوری طی اولین سال دریافت خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت Medicare را پرداخت می کنیم. (طرح درمانی ما، و طرح های Medicare Advantage و Medicare شامل این پوشش می شود.) دریافت خدمات اضافی در صورت تشخیص ضرورت پزشکی، تأیید خواهند شد. ما هر سال پس از آن تاریخ هزینه دو ساعت خدمات مشاوره حضوری را پرداخت می کنیم. اگر شرایط، درمان، تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید با ارجاع از پزشک خود ساعات درمان بیشتری دریافت کنید. یک پزشک باید این خدمات را تجویز کند و ارجاعیه خود را هر سال در صورت نیاز تمدید کند. دریافت خدمات اضافی در صورت تشخیص ضرورت پزشکی، تأیید خواهند شد. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare طرح هزینه خدمات MDPP را پرداخت می کند. MDPP بگونه ای طراحی شده است که به شما در افزایش رفتار سالم خود کمک نماید. این برنامه آموزش هایی عملی را در این زمینه ها ارائه می کند: • تغییر طولانی مدت در رژیم غذایی، و • افزایش فعالیت بدنی، و • راه هایی برای حفظ کاهش وزن و داشتن یک سبک زندگی سالم. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
\$0	داروهای نسخه ای Medicare بخش B این داروها تحت پوشش بخش Medicare B می باشند. طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect هزینه داروهای زیر را پرداخت می کند: • داروهایی که معمولاً به خودتان نمی دهید و در حین دریافت خدمات پزشکی، سرپایی بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی به شما تزریق یا القاء می شود. • داروهایی که با استفاده از لوازم پزشکی با طول عمر بالا مصرف می کنید (مانند نبولایزر) که مورد تایید طرح هستند • فاکتورهای انعقاد خونی که در صورت ابتلا به هموفیلی مصرف می کنید • داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی بدن، در صورتی که به هنگام پیوند عضو مشمول Medicare بخش A بوده باشید • داروهای تزریقی پوکی استخوان. هزینه این داروها به شرطی پرداخت می شود که خانه نشین بوده و یا شکستگی استخوانی داشته باشید که به گواهی پزشک ناشی از پوکی استخوان بعد از یانستگی است و خودتان نمی توانید دارو را تزریق کنید • آنتی ژن ها • برخی داروهای خوراکی ضد سرطان و ضد تهوع بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	داروهای نسخه ای Medicare بخش B (ادامه) • برخی داروهای دیالیز خانگی، من جمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت ضرورت پزشکی)، بی حسی موضعی، و عوامل تحریک کننده تولید سلول های قرمز خون (مانند اپونیتین Alfa-epbx، یا Aranesp®) • IV ایمونوگلوبولین داخل وریدی به منظور درمان خانگی بیماری های اولیه ضعف سیستم ایمنی بدن ما همچنین برخی از واکسن ها را تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare بخش B و بخش D تحت پوشش قرار می دهیم. فصل 5 توصیف کننده مزایای داروهای نسخه ای سرپایی است. قوانینی که باید برای پوشش نسخه ها رعایت کنید در این فصل شرح داده شده است. فصل 6 به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می دهد.
\$0	حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری این مزایا استفاده از به صرفه ترین و فراهم ترین انواع ایاب و ذهاب را امکان پذیر می کند. ممکن است این شامل موارد زیر شود: آمبولانس، وسیله نقلیه مجهز انتقال بیمار، خدمات حمل و نقل پزشکی صندلی چرخدار و هماهنگی با پاراترانزیت. انواع مختلف ایاب و ذهاب زمانی تایید می شود که: • وضعیت پزشکی یا جسمانی شما اجازه سفر با اتوبوس، خودروی سواری، تاکسی یا انواع وسایل نقلیه عمومی شخصی را ندهد، و • حمل و نقل برای دریافت مراقبت های پزشکی ضروری، لازم است. بر اساس نوع خدمات، ممکن است نخست نیاز به دریافت تاییدیه باشد. امکان استفاده از این سرویس با تماس گرفتن با تلفن 1-877-433-2178 (TTY: 711) به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته مهیا می باشد. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	حمل و نقل غیر پزشکی این مزایا زمینه رفت و آمد به محل خدمات پزشکی را با استفاده از خودروی سواری، تاکسی و سایر وسایل حمل و نقل عمومی و شخصی فراهم می سازد. این مزایا ارتباطی با مزایای ایاب و ذهاب پزشکی غیر اضطراری شما ندارد. ما ایاب و ذهاب به روش رفت و برگشت به تعداد نامحدود برای ارائه خدمات پزشکی ضروری تحت پوشش شامل (اما نه محدود به) موارد زیر را ارائه می کنیم: • ویزیت های عادی و منظم به پزشک یا متخصص • داروخانه ها برای دریافت آندسته داروهای تجویزی که نمی توانند مستقیماً برای شما ارسال شوند • دریافت ملزومات پزشکی، تجهیزات پروتز، ارتوپدی و سایر تجهیزات • خدمات سلامت روانی تخصصی، خدمات اختلال مصرف مواد، خدمات Denti-Cal و سایر خدمات ارائه شده توسط برنامه های دولتی یا ایالتی. در موارد خاص طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect حتی هزینه های بنزین خودروی یک دوست یا عضو خانواده که شما را با ماشین خود به خدمات و یا مکان تحت پوشش می برد را بر اساس میزان مسافت پیموده شده توسط وی بازپرداخت خواهد کرد. بازپرداخت هزینه ها تنها زمانی اتفاق خواهد افتاد که روشهای دیگر حمل و نقل منطقی در دسترس نباشد. شما نمی توانید خود وظیفه رانندگی را به عهده بگیرید و اگر فکر می کنید یک دوست یا یک عضو خانواده مجبور خواهند بود تا از ماشین خود برای بردن شما به خدمات و مکان های تحت پوشش استفاده کنند، لطفاً قبل از سفر خود با مراقبت مشتری Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس گرفته و برای اینکار درخواست تاییدیه کنید. امکان استفاده از این سرویس با تماس گرفتن با تلفن 1-877-433-2178 (TTY 711) به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته مهیا می باشد. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	مراقبت در مراکز پرستاری مرکز پرستاری (NF) محلی برای ارائه خدمات مراقبتی برای افرادی است که در خانه امکان مراقبت از آن ها نیست اما نیازی به بستری در بیمارستان هم ندارند. خدماتی که ما هزینه آنها را پرداخت می کنیم شامل موارد زیر، اما نه محدود به آنها، می شوند: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی خصوصی) • وعده های غذایی، شامل رژیم های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی تان مصرف می کنید. (شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند فاکتورهای انعقاد خون). • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • آزمون های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می شوند • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • خدمات پزشک • لوازم پزشکی با طول عمر بالا • خدمات دندانپزشکی، شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی سنجی بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) • آزمونهای شنوایی سنجی • خدمات شیرو پراتیک و جابجایی ستون فقرات • خدمات درمان پا شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از تسهیلات عضو شبکه دریافت می کنید. با این وجود می توانید این خدمات را از مراکز غیر عضو نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز ذیل، می توانید خدمات مورد نیاز خود را از آن ها دریافت نمایید: • خانه پرستاری سالمندان و یا خانه بازنشستگان تحت پایش، که دقیقاً پیش از بستری در بیمارستان در آن جا زندگی می کرده اید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد). • مرکز پرستاری که همسران یا شریک زندگیتان به هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آن زندگی می کند. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
\$0	غریبالگری چاقی مفرط و درمان های مورد نیاز جهت پایین نگه داشتن وزن در صورتی که توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه های مشاوره مربوط به کاهش وزن را خواهیم پرداخت. شما باید مشاوره را در قالب مراقبت های اولیه دریافت نمایید. بدین ترتیب می توانید آن را با برنامه کامل پیشگیرانه خود ادغام کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه دهنده مراقبت های اولیه خدمات خود صحبت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات برنامه درمانی مواد افیونی (OTP) این طرح هزینه خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد شبه افیونی که در زیر آمده است را پرداخت خواهد کرد (OUD): • فعالیتهای مصرفی • ارزیابی های دوره ای • داروهای تأییدشده توسط سازمان غذا و داروی امریکا (FDA) و در صورت مصداق، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره سوء مصرف مواد مخدر • درمان گروهی و فردی • آزمایش وجود مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم شناسی)
\$0	آزمون های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم مصرفی درمانی ما هزینه خدمات زیر، و برخی خدمات پزشکی ضروری دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • عکس برداری با اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین • لوازم جراحی مصرفی مانند پانسمان ها • اسپلینت، قالب گچ و سایر تجهیزات مورد استفاده در شکستگی و در رفتگی • تست های آزمایشگاهی • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • سایر آزمون های تشخیصی سرپایی ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	معاینه بیمارستانی بیمار سرپایی خدمات معاینه ای نوعی خدمات مربوط به بیماران سرپایی هستند که به افراد مربوطه به منظور تعیین نیاز به بستری بودن یا ترخیص به آنها داده می شود. برای اینکه هزینه خدمات معاینه بیمارستانی بیمار سرپایی تحت پوشش قرار بگیرد، این خدمات باید با معیارهای Medicare مطابقت داشته و منطقی و ضروری به شمار آیند. خدمات معاینه ای تنها زمانی تحت پوشش قرار می گیرند که بواسطه دستور پزشک یا فرد دیگری که توسط قانون اعطای مجوز کشوری و آیین نامه های کارکنان بیمارستان برای پذیرش بیماران در بیمارستان یا تجویز آزمایش برای بیماران سرپایی مورد تأیید قرار گرفته باشد. توجه: تا زمانی که تامین کننده شما دستوری مبنی بر پذیرش شما به عنوان یک بیمار بستری در بیمارستان ننوشته باشد، شما یک بیمار سرپایی به حساب می آید و می بایست اشتراک هزینه خود از هزینه های مربوط به خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی را پرداخت نمایید. حتی اگر شب را در بیمارستان سپری کنید، همچنان ممکن است یک "بیمار سرپایی" به شمار بیایید. اگر مطمئن نیستید که یک بیمار سرپایی هستید یا نه، باید از کارکنان بیمارستان سوال کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات سرپایی بیمارستانی هزینه های خدمات ضروری پزشکی که شما در بخش سرپایی بیمارستان به منظور تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می کنید پرداخت می شود، نظیر: • خدمات بخش اضطراری یا کلینیک سرپایی، مانند جراحی سرپایی یا خدمات معاینه ای ○ خدمات معاینه ای به پزشک شما کمک می کنند تا تصمیم بگیرد که آیا نیاز به پذیرش شما به عنوان "بیمار بستری" در بیمارستان هست یا خیر. ○ گاهی اوقات ممکن است شب را در بیمارستان سپری کنید با این حال یک بیمار "سرپایی" به شمار بیاید. ○ برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص شرایط مربوط به بیمار بستری یا سرپایی به گزاره برگ زیر مراجعه کنید: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • آزمون های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان درخواست هزینه می نماید • خدمات روانپزشکی شامل مراقبت های مربوط به طرح نیمه بستری، به شرطی که پزشک گواهی کند که بدون استفاده از این طرح به بستری نیاز خواهد بود • عکس برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آن ها از سوی بیمارستان درخواست می گردد • لوازم پزشکی مانند اسپلینت و قالب گچ • غربالگری های پیشگیرانه و خدمات ذکر شده در جدول مزایا • برخی داروها که خودتان نمی توانید برای خودتان بکار ببرید ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.

هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	مراقبت های بهداشت روانی سرپایی ما هزینه های مربوط به خدمات روانپزشکی ارائه شده توسط مراکز ذیل را می پردازیم: • روانپزشک یا پزشک دارای گواهی ایالتی • روان شناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • پرستار بالینی متخصص • پرستار تجویز کننده • دستیار پزشک • سایر متخصصین سلامت روانی مورد تایید Medicare آنطور که در قوانین مرتبط ایالتی تشریح شده است ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • خدمات بالینی • خدمات درمانی روزانه • خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی • بستری نیمه وقت/طرح های سرپایی شدید • ارزیابی و درمان بهداشت روانی فردی و گروهی • آزمایش های روانشناسی در صورتی که از لحاظ بالینی نشانگر نتایج ارزیابی بهداشت روانی باشند • خدمات سرپایی به منظور پایش دارو درمانی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات سرپایی • مشاوره روانپزشکی ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات توانبخشی سرپایی ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را می پردازیم. شما می توانید خدمات بازتوانی سرپایی را از بخش های سرپایی بیمارستان، مطب درمانگر های مستقل، مراکز تخصصی بازتوانی (CORFs) و سایر مراکز دریافت کنید. خدمات توانبخشی کاردیاک (قلبی) حداکثر برای 2 جلسه یک ساعته در روز تا 36 جلسه و 36 هفته پوشش داده می شوند. ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
\$0	خدمات سرپایی درمان سوء مصرف مواد ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل • درمان اعتیاد • درمان گروهی یا فردی توسط متخصص واجد شرایط • سم زدایی نیمه حاد طی برنامه بستری ترک اعتیاد • خدمات الکل و/یا مواد مخدر در مرکز درمان سرپایی متمرکز • درمان با نالتراکسون (ویوترویل) ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
\$0	جراحی سرپایی ما هزینه جراحی سرپایی را در بخش جراحی های سرپایی بیمارستان و نیز مراکز جراحی های سرپایی می پردازیم. ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	اقدام بدون نیاز به نسخه (OTC) شما مجاز به دریافت کمک هزینه سه ماهه \$185 برای داروها و لوازم OTC هستید. مواردی مانند آسپرین، ویتامین ها، داروهای سرماخوردگی و سرفه و بانداز تحت این مزیت قرار می گیرند. مواردی مانند لوازم آرایشی و مکمل های غذایی تحت این مزایا قرار نمی گیرند. کاتالوگ OTC و دستورالعمل های سفارش به صورت آنلاین در www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC موجود است. شما می توانید اقدام را از طریق شماره تلفن 1-888-628-2770 (TTY: 711)، دوشنبه تا جمعه بین ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر سفارش دهید یا بصورت آنلاین در www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC سفارشات بدون هیچ هزینه اضافی برای شما ارسال می شود. لطفاً برای تحویل حدود 7-10 روز کاری منتظر باشید. این مزیت در اولین روز هر سه ماهه تمدید می شود: ژانویه، آوریل، جولای و اکتبر. شما می توانید در هر سه ماه یک سفارش دهید و نمی توانید مقرری بلااستفاده خود را به سه ماهه بعدی منتقل کنید.
\$0	خدمات بستری موقت نیمه بستری برنامه ای سازماندهی شده برای مداوای فعال روانپزشکی است. این خدمات به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی و یا توسط یک مرکز سلامت روانی جامعه ارائه می شود. این خدمات در مقایسه با خدماتی که در مطب ارائه می شوند تخصصی تر هستند. این خدمات می تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما گردد. توجه: به دلیل عدم حضور مراکز بهداشت روانی محلی در شبکه ما، ما هزینه خدمات نیمه بستری را فقط در صورتی که به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی ارائه شوند پرداخت می کنیم. ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	سیستم واکنش اورژانسی فردی یا به اختصار PERS PERS یک سیستم مراقبت هشدار پزشکی است که دسترسی به کمک 7/24 را با فشار یک دکمه فراهم می کند. مزایای PERS شما توسط LifeStation® به شما ارائه می شود. مزایایی که شما از LifeStation® دریافت می کنید عبارتند از: • یک سیستم واکنش اورژانسی فردی • با قابلیت انتخاب یک سیستم خانگی یا یک دستگاه همراه با GPS/WiFi • پایش ماهیانه • شارژرها و سیم های مورد نیاز برای دریافت PERS و شروع به دریافت خدمات، با تیم LifeStation به شماره 1-855-672-3269، 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس گرفته و یا از وب سایت www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare بازدید کنید.
\$0	خدمات پزشک/ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • مراقبت های پزشکی ضروری و یا خدمات جراحی ارائه شده در مراکزی چون: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی های سرپایی تایید شده ○ بخش سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص، و درمان توسط متخصص • معاینات ابتدایی شنوایی و تعادل توسط ارائه دهنده اولیه خدمات مراقبتی شما، در صورتی که پزشک تان آنها تجویز کرده باشد تا بفهمد آیا به درمان نیاز دارید یا خیر بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات پزشک/ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر (ادامه) • برخی خدمات مشاوره پزشکی تلفنی، از جمله آندسته خدمات پزشکی برای معالجه شرایط غیر اضطراری مانند علائم سرماخوردگی و آنفولانزا، آلرژی ها، برونشیت، عفونت تنفسی، مشکلات سینوسی، بثورات پوستی، عفونت چشم، میگرن و موارد دیگر. ○ شما از این حق انتخاب برخوردار هستید که این خدمات را از طریق ویزیت حضوری یا از راه تلفنی انجام دهید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات مشاوره را از طریق تلفنی دریافت کنید، باید از یکی از ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش تلفنی ارائه می دهد. • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای ویزیت های ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله آخر (ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در مرکز دیالیز کلیه مبتنی بر بیمارستان یا دسترسی حساس به بیمارستان، مرکز دیالیز کلیه یا خانه عضو • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای تشخیص، ارزیابی و یا درمان علائم یک سکت • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روانی همزمان ○ اگر بیمار جدیدی نیستید و برای مدت 5-10 دقیقه با پزشک خود چک می کنید (به عنوان مثال، از طریق تلفن یا چت تصویری) و ○ ویزیت مربوطه در ارتباط با یک مراجعه به مطب در 7 روز گذشته نیست، و ○ ویزیت مربوطه به یک مراجعه به مطب در خلال 24 ساعت و یا قرار ویزیت در اسرع وقت منتهی نشود ○ ارزیابی ویدئوها و/یا تصاویری که برای پزشک ارسال می کنید و اگر بیمار جدیدی نیستید، در عرض 24 ساعت توسط پزشک معالجه و پیگیری شود و ○ ارزیابی مربوطه در ارتباط با یک مراجعه به مطب در 7 روز گذشته نیست، و ○ ارزیابی مربوطه به یک مراجعه به مطب در خلال 24 ساعت و یا قرار ویزیت در اسرع وقت منتهی نشود • اگر شما یک بیمار جدید نیستید، مشاوره های پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا سوابق الکترونیکی سلامتی بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	خدمات پزشکی/ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر (ادامه) • نظر دوم توسط یکی دیگر از ارائه دهندگان خدمات شبکه پیش از عمل • مراقبت های دندانپزشکی غیر روتین. خدمات تحت پوشش محدود به این موارد هستند: ○ جراحی فک و ساختارهای مربوطه ○ درمان شکستگی های فک و استخوان های صورت ○ کشیدن دندان پیش از پرتو درمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدماتی که در صورت ارائه از سوی یک پزشک تحت پوشش قرار می گیرد ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
\$0	خدمات درمان پا ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • معاینه و درمان دارویی یا جراحی مصدومیت ها و بیماری های پا (مانند زوائد پاشنه و یا انگشت پای چکشی) • مراقبت های روتین پا برای کاربران مبتلا به امراضی پا مانند دیابت ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	
\$0	آزمون های غربالگری سرطان پروستات برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات ذیل را هر 12 ماه یک بار پرداخت می کنیم: • بررسی مقعدی دیجیتال • یک آزمایش آنتی ژن مخصوص پروستات (PSA) ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	پروتز و لوازم مصرفی مرتبط وسایل پروتز جایگزین تمامی یا بخشی از اعضاء یا عملکرد بدن می شوند. ما هزینه پروتزهای ذیل و شاید پروتزهایی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • کیسه های کولوستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت های کولوستومی • تغذیه روده ای و وریدی، شامل بسته های کمک تغذیه ای، پمپ تزریق، لوله گذاری و آداپتور، محلول ها و تجهیزات مربوط به تزریقات خودتجویز • ضربان سازها • بندک • کفش های پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (شامل سینه بند مخصوص پس از عمل برداشت سینه) • اندام های مصنوعی به منظور جایگزین شدن با کل یا بخشی از اندام های بیرونی صورت که به دلیل بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است • کرم و پوشک مخصوص بی اختیاری ادرار ما همچنین هزینه برخی لوازم مرتبط با پروتزها را می پردازیم. همچنین هزینه تعمیر و یا جایگزینی پروتزها را هم می پردازیم. برخی از هزینه های برداشت آب مروارید و یا عمل آب مروارید را نیز پوشش می دهیم. جهت اطلاع از جزئیات به قسمت "مراقبت های بینایی" در ادامه همین بخش مراجعه کنید. ما هزینه خدمات پروتزهای دندان را پرداخت نمی کنیم. دستگاه های پروتز دندان ممکن است تحت پوشش Denti-Cal باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش F این فصل یا به آدرس www.denti-cal.ca.gov رجوع کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات توانبخشی ریوی ما هزینه برنامه های توانبخشی ریوی افرادی که به بیماری مزمن انسداد ریه (COPD) نسبتاً شدید و شدید دچار هستند را پرداخت می کنیم. جهت توانبخشی ریوی نیاز به ارجاع از پزشک یا تأمین کننده ای دارید که COPD را درمان می کند. ما هزینه خدمات تنفسی برای بیمارانی که وابسته به دستگاه تنفسی مصنوعی هستند را پرداخت می کنیم. ممکن است مقررات کسب تأییدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.
\$0	غربالگری و مشاوره عفونت های مقاربتی (STI) ما هزینه غربالگری ها برای کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پرداخت خواهیم کرد. این غربالگری ها برای زنان باردار و برای برخی از افرادی که در معرض خطر ابتلا به STI قرار دارند تحت پوشش قرار می گیرد. یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه باید آزمایش ها را تجویز کند. این آزمون ها را هر 12 ماه یکبار و یا در مقاطع خاص طی بارداری پوشش می دهیم. ما همچنین هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره حضوری و مشاوره رفتاری فشرده را هر سال برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض ابتلا به STI هستند، پرداخت می کنیم. هر جلسه بین 20 الی 30 دقیقه می باشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به عنوان خدماتی پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می کنیم که توسط یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه ارائه شوند. این جلسات باید در محیط مراقبت های اولیه مانند مطب پزشک برگزار شود.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	مراقبت های مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می کنیم: • اتاق نیمه خصوصی، و یا در صورت ضرورت پزشکی خصوصی • وعده های غذایی، شامل رژیم های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح مراقبتی دریافت می کنید، شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که از سوی مرکز پرستاری ارائه می شود • آزمون های آزمایشگاهی تجویز شده توسط مرکز پرستاری • عکسبرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مرکز پرستاری ارائه می شود • استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند • خدمات پزشک/ ارائه دهنده خدمات شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از تسهیلات عضو شبکه دریافت می کنید. با این وجود می توانید این خدمات را از مراکز غیر عضو نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز ذیل، می توانید خدمات مورد نیاز خود را از آن ها دریافت نمایید: • خانه پرستاری سالمندان و یا خانه بازنشستگان تحت پایش، که دقیقاً پیش از بستری در بیمارستان در آن جا زندگی می کرده اید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد) • مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما به هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آن زندگی می کند. ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	ورزش درمانی نظارت شده (SET) طرح، هزینه SET برای اعضای بیمار مبتلا به بیماری شریانی محیطی سمپتوماتیک (PAD) که برای PAD از پزشک مسئول برای درمان PAD دارای یک ارجاع می باشند را پرداخت خواهد کرد. طرح هزینه موارد زیر را پرداخت می کند: • حداکثر 36 جلسه در طی یک دوره 12 هفته ای اگر تمامی شرایط SET برآورده شده باشد • در صورتیکه از طرف ارائه دهنده مراقبت های سلامتی لازم شناخته شود، 36 جلسه اضافی در طول زمان برنامه SET باید به این صورت باشد: • جلسات 30 تا 60 دقیقه ای برنامه تمرین- ورزش درمانی برای افراد مبتلا به PAD که به دلیل گردش ضعیف خون دچار گرفتگی پا (لنگ زدن) هستند • در بخش خدمات سرپایی بیمارستان و یا در مطب یک پزشک ارائه شود • توسط پرسنل واجد شرایطی ارائه شوند که اطمینان حاصل می کنند که مزایا بیش از آسیب ها بوده و در ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده اند • تحت نظارت مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا متخصص پرستار / پرستار بالینی آموزش دیده در هر دو زمینه تکنیک های حمایت از زندگی اولیه و پیشرفته ارائه شوند ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0 شما هیچ محدودیت سالیانه ای برای مراقبت های اورژانسی یا خدمات ضروری فوری در خارج از ایالات متحده و مناطق آن ندارید. خدمات خارج از ایالات متحده و سرزمین های آن بر حداکثر محدودیت پرداخت از جیب طرح اعمال نمی شود. اگر از یک بیمارستان خارج از شبکه خدمات اضطراری دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اضطراری نیاز به مراقبت های بستری در بیمارستان داشته باشید، باید برای این که خدمات تان پوشش داده شود به یک بیمارستان عضو شبکه برگردید یا باید مراقبت های بستری خود را از یک بیمارستان خارج از شبکه مورد تأیید توسط طرح دریافت کنید و هزینه شما مشابه مبلغی باشد که به عنوان اشتراک هزینه در بیمارستان های عضو شبکه پرداخت می کنید	مراقبت های فوری مراقبت فوری خدمات مراقبتی است برای درمان موارد زیر: • یک وضعیت غیر اضطراری که نیازمند مراقبت پزشکی فوری است، یا • یک بیماری ناگهانی پزشکی، یا • یک جراحی، یا • بیماری که نیازمند مراقبت های فوری است. در صورت نیاز به مراقبت های فوری ابتدا سعی کنید به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید. یا این وجود و در صورت عدم توفیق در کسب خدمات از ارائه کنندگان عضو شبکه، می توانید از مراکز خارج شبکه این خدمات را دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0 هزینه مواد بیش از \$500 مقرری مجاز به عهده شما است	مراقبت های بینایی ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • یک معاینه چشم سالانه، و • هر دو سال یک بار تا سقف \$500 برای عینک (فریم و عدسی) و یا تا سقف \$500 برای لنزهای تماسی ما هزینه های سرپایی پزشک مربوط به تشخیص و درمان بیماری ها و آسیب های چشم را می پردازیم. به عنوان مثال، این شامل آزمایشات چشم سالانه برای رتینوپاتی دیابتی برای افراد مبتلا به دیابت و درمان برای دژنراسیون ماکولار مربوط به سن می باشد. برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک غربالگری گلوکوم را می پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارتند از: • افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم • افراد مبتلا به دیابت • افراد آفریقایی-آمریکایی تبار با سن 50 سال به بالا • افراد آمریکای جنوبی تبار با سن 65 سال به بالا هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک یک لنز داخل چشمی قرار دهد، پرداخت می شود. (اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید پس از هر عمل یک عینک دریافت کنید. شما نمی توانید پس از عمل دوم دو عینک دریافت کنید حتی اگر پس از عمل اول نسبت به دریافت عینک اقدام نکرده باشید). ممکن است مقررات کسب تائیدیه به خدمات اعمال شود. شما باید با پزشک خود صحبت کرده و یک ارجاعیه دریافت کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	جلسه ملاقات پیشگیرانه “به Medicare خوش آمدید” ما هزینه جلسه ملاقات پیشگیرانه “به Medicare خوش آمدید” را که فقط یک بار برگزار می شود می پردازیم. این ویزیت شامل موارد ذیل است: • بررسی وضعیت سلامت شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه ای که شما نیاز دارید (شامل واکسن ها و غربالگری ها)، و • ارجاع مورد نیاز یا سایر مراقبت ها در صورت نیاز. توجه: ما ویزیت های پیشگیرانه “به Medicare خوش آمدید” را تنها در طی 12 ماه اولی که از Medicare بخش B برخوردار هستید، پوشش می دهیم. هنگامی که وقت ملاقات می گیرید، به دفتر پزشک خود اطلاع دهید که برای ویزیت پیشگیرانه “به Medicare خوش آمدید” است.

E. مزایای تحت پوشش در خارج از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

خدمات زیر تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan نیستند اما از طریق Medicare یا Medi-Cal قابل دسترسی هستند.

E1. برنامه (CCT) تغییرات جامعه California

برنامه California Community Transitions (CCT) از سازمان های پیشروی محلی برای کمک به آندسته طرف های ذینفع واجد شرایط Medi-Cal استفاده می کنند که در یک مرکز مخصوص بستری شدن برای حداقل 90 روز متوالی زندگی کرده اند کمک می کنند تا به محیط جامعه برگشته و بگونه ای ایمن در آن اقامت کنند. برنامه CCT تامین هزینه مالی خدمات هماهنگی انتقال در طول دوره پیش از انتقال و برای 365 روز پس از دوره گذار را به منظور کمک به افراد ذینفع در جهت بازگشت به محیط جامعه، به عهده می گیرد.

می توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان پیشرو CCT که در بخش محل سکونت شما خدمات می دهد، دریافت کنید. می توانید فهرست سازمان های پیشرو CCT و بخش هایی که در آنها خدمات ارائه می دهند را در وبسایت اداره خدمات مراقبت های درمانی به نشانی زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال را پرداخت می کند. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای خدماتی که ربطی به انتقال CCT شما ندارند:

ارائه کننده خدمات صورت حساب خدمات شما را برای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ارسال خواهد کرد. طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect هزینه خدمات دریافت شده توسط شما را پس از انتقال پرداخت خواهد کرد. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

در حالیکه خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می کنید، طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect هزینه خدماتی که در جدول مزایا در بخش D این فصل ذکر شده است را پرداخت خواهد کرد.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

داروهایی که توسط CCT تحت پوشش نیستند. شما به دریافت مزایای دارویی عادی خود توسط طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect ادامه می دهید. جهت اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش F فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: اگر به خدمات انتقال از طرفی غیر از CCT نیاز دارید، باید با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید تا این خدمات را ترتیب دهد. منظور از خدمات انتقال از طرفی غیر از CCT این است که خدمات مراقبتی مورد نظر شما ربطی به انتقال شما از یک موسسه/مرکز ندارد. شما می توانید با هدایتگر مراقبتی خود، هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس گرفته و سپس در حین اینکه که منتظر وصل شدن هستید گزینه هدایتگر مراقبتی را انتخاب کنید.

E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

برخی خدمات دندانپزشکی، به عنوان مثال خدمات زیر، از طریق Medi-Cal Dental Program در دسترس هستند:

- معاینات اولیه، عکس برداری با اشعه ایکس، تمیز کردن ها، و درمان ها با فلوراید
- ترمیم ها و تاج های دندان
- درمان روت کانال

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825 TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



- تنظیم، ترمیم و ریلاین کردن دندان های مصنوعی

مزایای دندانپزشکی در برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به عنوان هزینه خدمات در دسترس است. برای اطلاعات بیشتر، یا در صورت نیاز به کمک برای پیدا کردن دندانپزشکی که برنامه دندان Medi-Cal را می پذیرد، لطفاً با خدمات مشتریان با شماره تلفن 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه آماده کمک به شما هستند. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وب سایت dental.dhcs.ca.gov مراجعه کنید.

علاوه بر هزینه بر مبنای ارائه خدمات برای خدمات دندانپزشکی Medi-Cal، شما می توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق یک طرح مراقبت های مدیریت شده دندانپزشکی دریافت کنید. طرح مراقبت های مدیریت شده دندانپزشکی فقط در لس آنجلس کانتی در دسترس هستند. اگر مایل هستید تا اطلاعات بیشتری درباره طرح های بیمه دندانپزشکی دریافت کنید، برای انتخاب طرح بیمه دندانپزشکی نیاز به کمک دارید، یا می خواهید طرح بیمه دندانپزشکی خود را عوض کنید، لطفاً از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با گزینه های مراقبت های بهداشتی با شماره تلفن 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است.

E3. مراقبت در آسایشگاه بیماری های علاج

می توانید از خدمات آسایشگاه های بیماری های علاج مورد تایید Medicare استفاده نمایید. شما از این حق برخوردار هستید که در صورتی که ارائه دهنده خدمات تان و مدیر امور پزشکی آسایشگاه بیماری های علاج تشخیص دهند که پیش بینی شده است شما مبتلا به بیماری لاعلاجی هستید اقامت در آسایشگاه بیماری های علاج را انتخاب کنید. یعنی باید بیماری لاعلاجی داشته باشید و انتظار برود که بیش از شش ماه زنده نمانید. پزشک آسایشگاه شما می تواند عضو شبکه و یا خارج از شبکه باشد.

جهت اطلاعات بیشتر درباره مواردی که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه آنها را طی دورانی که شما در آسایشگاه بیماری های علاج خدمات دریافت می کنید پرداخت می کند به جدول مزایا در بخش D این فصل مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاه بیماری های علاج که تحت پوشش بخش الف یا ب Medicare هستند اما ربطی به پیش بینی بیماری لاعلاج شما ندارند:

- ارائه کننده خدمات آسایشگاه بیماری های علاج هزینه خدمات شما را از Medicare دریافت می کند. Medicare هزینه خدمات آسایشگاه بیماری های علاج که مربوط به پیش بینی بیماری لاعلاج شما باشند را پرداخت می کند. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای خدمات تحت پوشش بخش A یا B مربوط به Medicare که ربطی به پیش بینی ابتلای شما به بیماری لاعلاج ندارند (به غیر از موارد نیاز به خدمات مراقبتی اضطراری یا مراقبت مورد نیاز فوری):

- ارائه کننده خدمات هزینه های خود را از Medicare دریافت خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش Medicare قسمت A یا B را می پردازد. شما هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید.

برای داروهایی که ممکن است تحت مزایای بخش D از Medicare مورد پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قرار گیرند:

- داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند. جهت اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش F فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: اگر به خدمات غیر از آسایشگاه بیماری های علاج نیاز داشته باشید، باید با هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. مراقبت های غیر از آسایشگاه بیماری های علاج ربطی به پیش بینی بیماری لاعلاج شما ندارند. شما می توانید با هدایتگر مراقبتی خود، هفت روز هفته، از 8:00 صبح تا 8:00 شب با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal



MediConnect به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس گرفته و سپس در حین اینکه که منتظر وصل شدن هستید گزینه هدایتگر مراقبتی را انتخاب کنید.

F. خدماتی که توسط Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و Medicare پوشش داده نمی شوند

در این بخش مواردی ذکر شده است که خارج از پوشش این بیمه درمانی هستند. منظور از مستثنی مزایایی است که ما هزینه آنها را پرداخت نمی کنیم. Medicare و Medi-Cal هم این هزینه ها را تقبل نمی کنند. فهرست ذیل حاوی خدمات و اقلامی است که در هیچ شرایطی تحت پوشش ما قرار نمی گیرند و مواردی که فقط در برخی شرایط خاص پوشش داده می شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی که در این بخش فهرست شده اند (یا در جایی دیگر از این کتابچه راهنمای اعضاء) را به غیر از در شرایط خاص ذکر شده پرداخت نمی کنیم. اگر فکر می کنید که ما باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند را بپردازیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آگاهی از چگونگی درخواست تجدیدنظر به فصل 9، بخش E، D، F و G مراجعه کنید.

به غیر از موارد مستثنی یا محدودیت های شرح داده شده در جدول مزایا، اقلام و خدمات زیر توسط بیمه ما پوشش داده نمی شوند:

- خدماتی که بر اساس استانداردهای Medicare و Medi-Cal «منطقی و یا از نظر پزشکی ضروری» تشخیص داده نشود، مگر آنکه این خدمات در طرح ما تحت پوشش باشد.
- درمان های پزشکی، جراحی ها، اقلام و داروهای تحقیقاتی، مگر آنکه تحت پوشش Medicare باشند و یا تحت عنوان یک تحقیق بالینی مورد تایید Medicare و یا بیمه درمانی ما انجام شوند. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعات تحقیقات بالینی به فصل 3 مراجعه نمایید. درمان و اقلام تحقیقاتی مواردی هستند که اکثریت جامعه پزشکی آن ها را قبول ندارند.
- درمان جراحی چاقی مفرط، مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی بوده و Medicare هزینه آن را بپردازد.
- اتاق خصوصی در بیمارستان مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی باشد.
- پرستاران خصوصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری مانند تلفن یا تلویزیون.
- خدمات پرستاری تمام وقت در منزل.
- هزینه های دریافتی توسط بستگان درجه یک و یا اعضای خانوار شما.
- روش ها یا خدمات اصلاحی اختیاری (شامل کاهش وزن، رشد مو، فعالیت جنسی، فعالیت ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و مسائل روانی)، به غیر از مواردی که از نظر پزشکی لازم باشند.
- جراحی یا سایر اعمال زیبایی مگر آنکه به دلیل آسیب دیدگی در تصادف و یا جهت اصلاح ساختار نادرست بخشی از بدن انجام شود. با این حال ما هزینه ترمیم پستان پس از عمل برداشتن قسمتی از آن و نیز مطابقت دادن پستان دیگر با آن را می پردازیم.
- خدمات کایروپراکتیک و جابجا کردن ستون فقرات به غیر از تغییرات در ستون فقرات مطابق با رهنمود های پوشش.
- مراقبت از پا به طور منظم، به جز مواردی که در خدمات مراقبت از پاها در بخش D از مزایا توضیح داده شده است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

- کفش های ارتوپدیک، مگر آنکه کفش خود بخشی از پای مصنوعی بوده و در هزینه آن منظور شده باشد و یا متعلق به افراد مبتلا به پای دیابتی باشد.
- لوازم کمکی پا به غیر از کفش های ارتوپدیک و طبی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی.
- کراتوتومی شعاعی، عمل LASIK، و سایر خدمات ضعف بینایی.
- معکوس کردن فرآیندهای عقیم سازی و لوازم ضدبارداری بدون نسخه.
- خدمات درمان طبیعی (استفاده از درمان های طبیعی یا جایگزین).
- خدماتی که در مراکز امور سربازان بازنشسته (VA) ارائه می شود. با این وجود، هنگامی که یک ارتشی بازنشسته خدمات اضطراری در یک بیمارستان VA (مخصوص ارتشی های بازنشسته) دریافت می کند و اشتراک هزینه برای VA بیش از اشتراک هزینه در بیمه درمانی ما باشد، ما مابه التفاوت را به ارتشی های بازنشسته بازپرداخت می کنیم. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ اشتراک هزینه هستید.



فصل 5: گرفتن داروهای تجویزی سرپایی از طریق این طرح

مقدمه

این فصل قوانین مربوط به دریافت داروهای نسخه ای سرپایی را توضیح می دهد. اینها داروهایی هستند که ارائه دهنده خدمات برای شما سفارش می دهند و شما آنها را از داروخانه و یا از طریق خدمات پستی دریافت می کنید. اینها شامل داروهای تحت پوشش بخش D مربوط به Medicare و Medi-Cal می شوند. فصل 6 به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect داروهای زیر را نیز پوشش می دهد، هر چند که در این فصل به آنها پرداخته نخواهد شد:

- داروهای تحت پوشش بخش A از Medicare. این ها شامل برخی داروها می شوند که به شما هنگامی که در بیمارستان یا مراکز پرستاری هستید داده می شود.
- داروهای تحت پوشش بخش B از Medicare. این ها شامل برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای تزریقی که به شما در مطب پزشک یا دیگر ارائه دهندگان خدمات داده می شود، و داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما می دهند می شوند. برای اطلاعات بیشتر درباره این که چه داروهایی از بخش B از Medicare پوشش داده می شوند به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.

قوانین مربوط به پوشش بیمه برای داروهای سرپایی

مادامی که قوانین این بخش از کتابچه را رعایت کنید، داروهای شما را پوشش می دهیم.

- یک پزشک یا ارائه دهنده خدمات دیگر باید برای شما نسخه بنویسد. این شخص معمولاً ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) شما است. این شخص همچنین ممکن است ارائه دهنده خدمات دیگری باشد که ارائه دهنده مراقبت های اولیه تان شما را به وی معرفی کرده باشد.
- نسخه تان را از داروخانه های عضو شبکه دریافت کنید.
- داروی تجویز شده برای شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش این بیمه باشد. ما به طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می نامیم.
- اگر دارو در فهرست دارو نباشد، شاید بتوانیم با قائل شدن استثناء برای شما آن را پوشش دهیم.
- برای اطلاع از نحوه درخواست جهت اعمال استثناء به فصل 9 مراجعه کنید.
- داروی شما باید برای یک تجویز پزشکی مورد قبول قرار گرفته مورد استفاده قرار گیرد. این بدان معنی است که استفاده از دارو یا توسط سازمان غذا و دارو تایید شده باشد یا در برخی مرجع های پزشکی از آن حمایت شده باشد. داروهایی که برای مداوای عارضه هایی هستند که مورد تایید FDA یا کتاب های مراجع نباشند تجویز "تایید نشده" خطاب می شوند. داروهایی که برای تجویزهای "تایید نشده" مصرف می شوند از نظر پزشکی قابل قبول نیستند و بنابراین پوشش داده نمی شوند، مگر آن که:
- مصرف "تایید نشده" در یکی از کتاب های مرجع تایید شده توسط CMS مطرح شده باشد.



- چنین داروهایی در دو (2) مقاله مجله های پزشکی بازنگری همتر از عمده مطرح می شوند که حاوی اطلاعاتی در پشتیبانی از مصرف تجویز نشده پیشنهادی یا به عنوان مصارف در کل امن و موثر ارائه می کنند (این فقط شامل داروهای درخواست Medi-Cal می شود).

فهرست مطالب

A.	دریافت داروهای نسخه ای	106
A1.	دریافت نسخه خود از یک داروخانه عضو شبکه	106
A2.	استفاده از کارت عضویت خود در هنگام تحویل یک نسخه	106
A3.	اگر داروخانه عضو شبکه خود را تغییر دهید چکار باید کرد	106
A4.	اگر داروخانه شما شبکه طرح را ترک کند چکار باید کرد	106
A5.	استفاده از یک داروخانه تخصصی	106
A6.	استفاده از خدمات پستی برای دریافت داروهای خود	107
A7.	تامین بلند مدت داروها	108
A8.	استفاده از داروخانه ای که عضو شبکه طرح نیست	108
A9.	بازپرداخت هزینه ها در صورتی که برای نسخه هزینه بپردازید	109
B.	فهرست دارویی این بیمه	109
B1.	داروهای موجود در فهرست دارویی	109
B2.	روش یافتن یک دارو در فهرست دارویی	109
B3.	داروهایی که در فهرست دارویی نیستند	110
B4.	رده های تقسیم هزینه لیست داروها	110
C.	محدودیت پوشش برخی داروها	111
D.	چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد	112
D1.	دریافت یک تامین موقت	112
E.	تغییرات در پوشش داروهای شما	113
F.	پوشش داروها در مواردی خاص	115
F1.	اگر در بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش بیمه درمانی ما اقامت دارید	115
F2.	اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید	115



- F3. اگر عضو یک برنامه آسایشگاه بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare هستید..... 116
- G. برنامه های ایمنی دارویی و مدیریت دارو..... 116
- G1. برنامه های کمک به اعضاء برای استفاده بی خطر از دارو..... 116
- G2. برنامه هایی برای کمک به اعضاء در مدیریت داروهای خود..... 116
- G3. برنامه مدیریت دارو برای کمک به اعضاء در استفاده از داروهای دارای مخدر..... 117



A. دریافت داروهای نسخه ای**A1. دریافت نسخه خود از یک داروخانه عضو شبکه**

در بیشتر موارد، نسخه های شما فقط در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که از یکی از داروخانه های شبکه فراهم شده باشند. یک داروخانه شبکه درگاه استوری است که با ما برای تامین داروهای نسخه ای اعضايمان قرارداد دارد. می توانید از هر یک از داروخانه های عضو شبکه ما استفاده کنید.

جهت پیدا کردن یک داروخانه عضو شبکه، می توانید به فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید، از وب سایت ما دیدن کنید، یا با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت عضویت خود در هنگام تحویل یک نسخه

برای دریافت نسخه در داروخانه های عضو شبکه، کارت عضویت خود را نشان دهید. داروخانه های عضو شبکه برای سهم ما از هزینه داروهای تحت پوشش نسخه ای شما برائمان صورت حساب می فرستند. شما برای گرفتن نسخه باید هزینه ای به عنوان پرداخت مشترک به داروخانه بپردازید.

اگر کارت عضویت بیمه خود را زمان گرفتن نسخه به همراه نداشته باشید، از داروخانه بخواهید برای گرفتن اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد.

در صورتی که داروخانه قادر نباشد اطلاعات لازم را بدست آورد، ممکن است مجبور شوید کل هزینه دارو را بپردازید. سپس می توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. اگر نمی توانید هزینه دارو را بپردازید، بلادرنگ با مراقبت مشتری تماس بگیرید. ما هر چه در توان داشته باشیم برای کمک انجام خواهیم داد.

- برای اطلاع از چگونه درخواست بازپرداخت از ما، به بخش های A و B از فصل 7 مراجعه کنید.

- در صورت نیاز به کمک برای دریافت داروهای نسخه ای خود، با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A3. اگر داروخانه عضو شبکه خود را تغییر دهید چکار باید کرد

اگر داروخانه خود را عوض کنید و نیاز به تمدید نسخه خود داشته باشید، شما می توانید یا از ارائه کننده خدمات بخواهید که یک نسخه جدید برای شما بنویسد یا در صورت باقی ماندن داروی قابل تجدید از داروخانه خود بخواهید که نسخه را به داروخانه جدید انتقال دهد.

در صورت نیاز به کمک برای تغییر داروخانه عضو شبکه خود، می توانید با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه شما شبکه طرح را ترک کند چکار باید کرد

اگر داروخانه ای که شما به آن مراجعه می کنید از شبکه این بیمه درمانی خارج شود، شما باید یک داروخانه عضو شبکه دیگری را پیدا کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه عضو شبکه، می توانید به فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید، از وب سایت ما دیدن کنید، یا با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A5. استفاده از یک داروخانه تخصصی

گاهی اوقات، شما باید نسخه خود را از یکی از داروخانه های تخصصی تهیه کنید. داروخانه های تخصصی شامل موارد ذیل می باشد:

- داروخانه هایی که داروهای درمان تزریقی خانگی را تامین می کنند.
- داروخانه هایی که دارو برای افراد ساکن مراکز مراقبت بلند مدت مانند آسایشگاه ها را تامین می کنند.



- معمولاً، مراکز مراقبت بلند مدت داروخانه های خودشان را دارند. اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید، ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه آن مرکز دریافت کنید.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت های بلند مدت شما عضو شبکه ما نباشد، یا شما برای دسترسی به مزایای دارویی چنین مرکزی مشکل داشته باشید، لطفاً با مراقبت مشتری تماس بگیرید.
 - داروخانه هایی که به خدمات سلامت سرخوستان/ برنامه سلامت بومیان شهری/ قبیله ای خدمات ارائه می دهند. بجز در موارد اضطراری، تنها آمریکایی های بومی یا بومیان آلاسکا می توانند از این داروخانه ها استفاده کنند.
 - داروخانه هایی که تامین کننده داروهای هستند که برای استفاده از آنها احتیاج به توجه و دستورالعمل خاصی می باشد.
- برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، می توانید به فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید، از وب سایت ما دیدن کنید، یا با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات پستی برای دریافت داروهای خود

برای برخی انواع داروها، شما می توانید از خدمات پستی استفاده کنید. عموماً، داروهایی از طریق پستی در دسترس هستند که شما از آنها به طور منظم برای بیماری های بلند مدت و یا مزمن استفاده می کنید. داروهایی که از طریق خدمات پستی طرح در دسترس نیستند با [NDS] مشخص شده اند

خدمات پستی طرح ما به شما اجازه می دهد یک تامین 100 روزه دارویی در رده 1 و یک تامین 90 روزه داروها در رده های 2-3 را سفارش دهید. یک تامین 90-روزه و 100-روزه داروها از یک تعرفه پرداخت مشترک مشابه با یک تامین یک ماهه همان داروها برخوردار می باشد.

دریافت نسخه خود را از طریق پست

برای دریافت فرم های سفارش و اطلاعات مربوط به پر کردن نسخه های خود از طریق پست، لطفاً با شماره تلفن موجود در پایین این صفحه با طرح مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید.

معمولاً نسخه خدمات پستی 10 تا 14 روز طول می کشد. با این وجود، گاهی اوقات ممکن است در دریافت خدمات سفارش پستی شما تأخیر ایجاد شود. اگر چنین اتفاقی روی دهد، برای دریافت کمک با مراقبت مشتری تماس بگیرید. یک نماینده در تهیه داروی کافی از شبکه خرده فروشی محلی داروخانه ها به شما کمک می کند، بنابراین تا زمانی که داروهای خدمات پستی شما نرسد، بدون دارو نیستید. این امر ممکن است مستلزم تماس با پزشکتان باشد تا نسخه ای جدید جهت دریافت از خرده داروخانه شبکه را برای دریافت داروهای مورد نیاز تا زمان دریافت داروی سرویس پستی خود تلفن یا فکس کند.

اگر تأخیر بیش از 14 روز از تاریخ سفارش نسخه از داروخانه خدمات پستی باشد و تأخیر به دلیل از دست دادن دارو در سیستم پستی باشد، مراقبت مشتری می تواند سفارش جایگزینی را با داروخانه خدمات پست هماهنگ کند.

فرآیندهای خدمات پست

خدمات پستی برای نسخه های جدیدی که از شما دریافت می کند، و نسخه های جدیدی که از مطب ارائه دهنده خدمات شما دریافت می کند فرآیندهای متفاوتی دارد، و نسخه های پستی شما را تمدید می کند:

1. نسخه های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می کند

داروخانه به طور خودکار داروهای نسخه جدیدی که از شما دریافت کرده است را آماده و ارسال می کند.

2. نسخه های جدیدی که داروخانه مستقیماً از ارائه دهنده خدمات شما دریافت می کند

داروخانه پس از دریافت نسخه از یک ارائه دهنده خدمات درمانی، با شما تماس می گیرد تا دریابند که شما به آن دارو فوری یا برای بعد نیاز دارید.

- این کار به شما این فرصت را می دهد که مطمئن شوید داروخانه داروی صحیحی را (من جمله از لحاظ مقدار، شکل و قوت) برای شما ارسال کند، و در صورت نیاز، شما فرصت متوقف کردن آن را پیش از دریافت صورت حساب و ارسال داشته باشید.
- مهم است که هر وقت داروخانه با شما تماس می گیرد به آنها پاسخ دهید تا بدانند با نسخه جدید چه بکنند و از تاخیر در ارسال آن جلوگیری شود.

3. تمدید نسخه های از طریق خدمات پستی

برای تمدید نسخه های خود، می توانید برای یک برنامه تمدید خودکار که برنامه تمدید خودکار خطاب می شود ثبت نام کنید. با این برنامه وقتی سوابق شما نشان دهد که به زودی داروی شما تمام می شود ما نسخه بعدی شما را به طور خودکار پردازش می کنیم.

- داروخانه پیش از ارسال هر داروی تمدیدی با شما تماس می گیرد تا مطمئن شود که شما به داروی بیشتر نیاز دارید یا خیر، و در صورتی که به اندازه کافی دارو داشته باشید یا داروی شما عوض شده باشید می توانید آن را لغو کنید.
- اگر ترجیح دهید که از برنامه تمدید خودکار ما استفاده نکنید، لطفاً با داروخانه خود 14 روز پیش از تاریخی که فکر می کنید دارویتان رو به اتمام است تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی شما به موقع برسد.

برای انصراف از برنامه ما که سفارش های پستی را به طور خودکار تمدید می کند، لطفاً با CVS Caremark به شماره 1-866-346-7200 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته با ما تماس بگیرید.

به منظور این که داروخانه بتواند با شما برای تایید سفارش پیش از ارسال تماس بگیرد، لطفاً اطمینان حاصل کنید که داروخانه از بهترین روش تماس با شما مطلع باشد. لطفاً مطمئن شوید که Blue Shield Promise Cal MediConnect همیشه مشخصات تماس به روزی از شما داشته باشد. اگر می خواهید شماره تلفن یا نشانی خود را تغییر دهید، لطفاً با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید (شماره تلفن تماس در پایین این صفحه ذکر شده است).

A7. تامین بلند مدت داروها

شما می توانید در فهرست داروی ما داروهای نگهداری را برای طولانی مدت تهیه و نگهداری کنید. داروهای نگهداری داروهایی هستند که شما از آنها به طور منظم برای شرایط پزشکی دیرینه یا مزمن استفاده می کنید.

برخی داروخانه های شبکه به شما اجازه می دهند تامین طولانی مدتی از داروهای مربوط به بیماری های مزمن را داشته باشید. تامین 100 روزه برای داروها در رده 1 و تامین 90 روزه برای داروها در رده 2-3 دارای همان پرداخت مشترک می باشد یک تامین یک ماهه دارد. فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها به شما درباره داروخانه هایی که داروهای نگهداری برای مصرف بلند مدت ارائه می دهند اطلاعاتی می دهد. همچنین می توانید با مراقبت مشتری برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

برای برخی انواع داروها، شما می توانید از خدمات پستی این بیمه درمانی برای تهیه داروهای نگهداری برای مصرف بلند مدت استفاده کنید. برای اطلاع از خدمات پست به قسمت بالا مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه ای که عضو شبکه طرح نیست

عموماً ما فقط زمانی هزینه داروی خریداری شده از داروخانه خارج از شبکه را پرداخت می کنیم که قادر نباشید از داروخانه های عضو شبکه استفاده کنید. ما داروخانه های عضو شبکه ای خارج از محدوده پوشش خود داریم که شما می توانید به عنوان عضوی از این بیمه نسخه های خود را از آنها دریافت کنید.



برای نسخه هایی که از داروخانه های خارج شبکه گرفته شده باشند در موارد ذیل هزینه را پرداخت خواهیم کرد:

- در موارد اضطراری
 - وقتی برای مدتی بیش از شش (6) ماه خارج از محدوده تحت پوشش باشید
- توصیه می کنیم که داروهای نسخه ای خود را پیش از سفر به خارج از محدوده تحت پوشش دریافت کنید تا به اندازه کافی دارو داشته باشید. اگر برای دریافت مقدار کافی دارو پیش از عزیمت به کمک نیاز دارید با مراقبت مشتری طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید.
- در چنین شرایطی، لطفاً ابتدا با مراقبت مشتری تماس بگیرید تا مطلع شوید که آیا داروخانه عضو شبکه ای در نزدیکی شما موجود می باشد.

A9. بازپرداخت هزینه ها در صورتی که برای نسخه هزینه بپردازید

اگر لازم باشد به داروخانه ای خارج از شبکه بیمه مراجعه کنید، معمولاً باید هزینه کامل داروی خود را به هنگام دریافت در عوض تعرفه پرداخت مشترک خود پرداخت کنید. شما می توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه آن را به شما بازپرداخت کنیم.

جهت اطلاعات بیشتر در این زمینه به بخش A فصل 7 مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی این بیمه

ما یک فهرست داروهای تحت پوشش داریم. ما به طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می نامیم.

داروهای موجود در فهرست دارو توسط ما و با کمک گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب شده اند. فهرست دارو شامل قوانینی که باید برای گرفتن داروهایتان رعایت کنید نیز می گردد.

تا زمانی که شما قوانین توضیح داده شده در این فصل را رعایت کنید، دارویی را که در فهرست داروی بیمه باشد پوشش می دهیم.

B1. داروهای موجود در فهرست دارویی

فهرست دارو شامل داروهای تحت پوشش بخش D از Medicare و برخی نسخه ها و داروها و محصولات بدون نیاز به نسخه (OTC) تحت پوشش مزایای Medi-Cal می باشد.

فهرست داروها شامل نام تجاری برای مثال Januvia و داروهای ژنریک به عنوان مثال متفورمین است. مواد اولیه داروهای ژنریک مشابه داروهای دارای نام تجاری است. عموماً، آنها به اندازه داروهای تجاری کارآمد بوده و معمولاً هزینه کمتری دارند.

طرح ما همچنین برخی داروها و محصولات خاص OTC را پوشش می دهد. برخی داروهای OTC هزینه کمتری نسبت به داروهای تجویزی داشته و به همان خوبی هم تاثیر گذار می باشند. برای اطلاعات بیشتر با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

B2. روش یافتن یک دارو در فهرست دارویی

به جدیدترین فهرست دارویی که از طریق پست برای شما ارسال کرده ایم مراجعه کنید:

- به جدیدترین فهرست دارویی که از طریق پست برای شما ارسال کرده ایم مراجعه کنید.
- به وبسایت طرح بیمه به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy مراجعه کنید. فهرست دارو در وب سایت ما همیشه به روز است.
- برای اطلاع از این که آیا دارویی در فهرست داروی بیمه درمانی ما می باشد، با مراقبت مشتری تماس بگیرید و یا درخواست کنید تا یک نسخه از فهرست برای شما ارسال گردد.



B3. داروهایی که در فهرست دارویی نیستند

ما تمامی داروهای نسخه ای را پوشش نمی دهیم. برخی داروها در فهرست دارو نیستند چرا که قانون برای پوشش آن داروها به ما اجازه نمی دهد. در برخی موارد دیگر، ما تصمیم گرفته ایم که دارویی را در فهرست دارو قرار ندهیم.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect هزینه داروهای نام برده در این بخش را پرداخت نمی کند. این داروها را داروهای مستثنی شده نام نهاده اند. اگر شما نسخه ای را که شامل داروهای مستثنی باشد دریافت کنید، باید خودتان هزینه آن را پرداخت کنید. اگر معتقدید برای مورد شما باید هزینه داروی مستثنی را بپردازیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. (جهت آگاهی نسبت به نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش F فصل 9 مراجعه کنید.)

سه قانون عمومی برای داروهای خارج از فهرست وجود دارد:

1. پوشش داروهای سرپایی طرح ما (که شامل داروهای بخش D و Medi-Cal می باشد) نمی تواند هزینه داروهایی که قبلاً تحت بخش A یا بخش B از Medicare تحت پوشش قرار می گیرند را پرداخت نماید. داروهای تحت پوشش بر اساس بخش A یا B از Medicare توسط طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect و به صورت رایگان تحت پوشش قرار می گیرد، اما آنها به عنوان بخشی از مزایای داروهای سرپایی شما به حساب نمی آیند.
2. طرح ما نمی تواند دارویی را که خارج از ایالات متحده و سرزمین های آن خریداری شده، پوشش دهد.
3. استفاده دارو یا باید مورد تایید سازمان غذا و دارو (FDA) باشد و یا از طریق مرجع های پزشکی خاص برای درمان بیماری شما تایید شده باشد. استفاده دارو یا باید مورد تایید سازمان غذا و دارو باشد و یا از طریق کتابهای مرجع خاص برای درمان بیماری شما تایید شده باشد. این کار استفاده تایید نشده نام دارد. بیمه درمانی ما معمولاً داروهایی که برای استفاده تایید نشده تجویز می شوند را پوشش نمی دهد.

همچنین طبق قانون، انواع داروهایی که در ذیل فهرست شده اند توسط Medicare و یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند.

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای اهداف آرایشی و یا تقویت رشد مو
- داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال عملکرد جنسی و یا نعوظ از قبیل **Levitra®، Cialis®، Viagra® و Caverject®**
- داروهای سرپایی زمانی که شرکت تولید کننده دارو به شما می گوید که باید آزمایشات و یا خدمات تنها از طریق آنها انجام شود

B4. رده های تقسیم هزینه لیست داروها

هر یک از داروها در فهرست داروها در یکی از چهار (4) رده اشتراک هزینه قرار می گیرد. یک رده دارویی عبارت از گروه دارویی هایی می باشد که معمولاً از یک نوع می باشند (بعنوان مثال، رده بندی های نام تجاری، ژنریک یا داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC)). عموماً، هرچه رده اشتراک هزینه بالاتر باشد، سهم اشتراک هزینه شما برای دارو بالاتر خواهد بود.

- رده 1 سهم پرداخت بیمار (پایین ترین رده ما) شامل داروهای ژنریک مورد ترجیح ما می شود.
- رده 2 سهم پرداخت بیمار شامل داروهای ژنریک می شود.
- رده 3 سهم پرداخت بیمار (بالاترین ترین رده ما) شامل داروهای برند می شود.
- تقسیم هزینه رده 4 سهم پرداخت بیمار شامل داروهای غیر Medicare و نیز داروهای بدون نسخه (OTC) می شود.

برای دانستن اینکه دارو ی شما در چه رده اشتراک هزینه قرار دارد به فهرست دارویی مراجعه کنید.

در فصل 6، بخش C، D و E درباره مبلغی که شما برای داروهای هر رده تقسیم هزینه باید پرداخت کنید توضیح داده شده است.

C. محدودیت پوشش برخی داروها

برای برخی داروهای تجویزی، قوانین ویژه ای چگونگی و زمان پوشش این داروها را توسط طرح محدود می کند. برای برخی داروهای تجویزی، قوانین ویژه ای چگونگی و زمان پوشش این داروها را توسط طرح محدود می کند. زمانی که یک داروی بی خطر با هزینه کمتر به خوبی یک داروی با هزینه بیشتر تاثیر داشته باشد، انتظار داریم ارائه دهنده خدمات درمانی شما داروی با هزینه کمتر را تجویز کند.

در صورت وجود قانون ویژه برای داروی شما، معمولاً این بدان معنی است که شما و ارائه دهنده خدمات درمانی شما مجبور خواهید بود که مراحل اضافه ای برای این که ما این دارو را پوشش دهیم طی کنید. به طور مثال، ممکن است ارائه دهنده خدمات درمانی ناگزیر باشد که تشخیصی را که برای شما داشته به ما بگوید و یا ابتدا نتایج آزمایشات خون را ارائه دهد. اگر شما و یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما فکر می کنید که قانون ما نباید شامل شما شود، باید درخواست استثناء بکنید. ممکن است موافقت بکنیم و یا نکنیم که به شما اجازه دهیم قبل از انجام مراحل اضافی از دارو استفاده کنید.

جهت اطلاع از نحوه درخواست تجدید نظر به بخش F2 فصل 9 مراجعه کنید.

1. محدود کردن استفاده از یک داروی تجاری وقتی نوع ژنریک در دسترس است

به طور کلی، داروی ژنریک همانند داروی تجاری عمل می کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. اکثر مواقع، اگر نوع ژنریک یک داروی تجاری موجود باشد، داروخانه های عضو شبکه ما نوع ژنریک آن را به شما ارائه خواهند کرد.

- معمولاً برای داروهای تجاری تا زمانی که نسخه ژنریک آن وجود داشته باشد هزینه پرداخت نمی کنیم.
- با این وجود، اگر ارائه دهنده خدمات شما دلیل پزشکی به ما ارائه داده باشد که طبق آن نه داروی ژنریک و نه دیگر داروهای تحت پوشش برای یک وضعیت برای شما کارآمد باشند، ما داروی تجاری را پوشش خواهیم داد.
- تعرفه پرداخت مشترک شما برای داروهای تجاری نسبت به داروهای ژنریک بیشتر خواهد بود.

2. گرفتن پیش تاییدیه از طرح

برای برخی از داروها، شما یا پزشک شما باید پیش از دریافت داروی نسخه ای، از طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تاییدیه دریافت کنید. اگر تاییدیه دریافت نکنید، طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect ممکن است خدمات مربوطه را پوشش ندهد.

3. امتحان کردن داروی متفاوت در ابتدا

به طور کلی، از شما می خواهیم که پیش از آنکه از ما درخواست پوشش داروهای پر هزینه تری بکنید، داروهای ارزان تر را امتحان کنید (که اغلب به همان اندازه موثر هستند). به طور مثال، اگر داروی الف و ب هر دو یک نوع بیماری را درمان می کنند و داروی الف هزینه کمتری نسبت به داروی ب دارد، ممکن است از شما بخواهیم که ابتدا داروی الف را امتحان کنید.

اگر داروی الف برای شما سازگار نباشد، ما داروی ب را پوشش می دهیم. این عمل درمان مرحله ای نام دارد.

4. محدودیت تعدادی:

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید محدود است. به این امر محدودیت کمی (تعدادی) گفته می شود. به طور مثال، ممکن است مقدار دارویی که با هر نسخه دریافت می کنید را محدود کنیم.



برای دانستن اینکه آیا هر یک از قوانین بالا شامل حال دارویی که شما مصرف می کنید و یا می خواهید مصرف کنید می شود یا نه، به فهرست دارویی مراجعه کنید. برای جدیدترین اطلاعات مربوطه، با مراقبت مشتری تماس بگیرید یا به وب سایت ما به آدرس www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy رجوع کنید.

D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد

سعی می کنیم پوشش دارویی شما به خوبی برای شما کار کند، اما گاهی ممکن است برخی داروها آن طور که شما می خواهید تحت پوشش قرار نگیرند. مثلاً:

- دارویی که می خواهید مصرف کنید تحت پوشش بیمه درمانی ما قرار نمی گیرد. ممکن است این دارو در فهرست دارو نباشد. ممکن است نسخه ژنریک دارو تحت پوشش باشد اما نسخه تجاری که شما می خواهید مصرف کنید تحت پوشش نباشد. ممکن است دارو جدید باشد و ما هنوز ایمنی و کارایی آن را بررسی نکرده باشیم.
- دارو تحت پوشش است اما قوانین و محدودیت های ویژه ای برای پوشش آن وجود دارد. همانطور که در قسمت بالای این فصل توضیح داده شد، برخی داروهای تحت پوشش بیمه درمانی ما قوانینی دارند که استفاده آنها را محدود می کند. در برخی موارد، ممکن است شما و یا تجویزکننده تان از ما درخواست استثناء برای قانون را داشته باشید.

اگر داروی شما آنطور که دوست دارید تحت پوشش قرار نمی گیرد، اقداماتی هست که می توانید انجام دهید.

D1. دریافت یک تامین موقت

در برخی موارد، زمانی که دارو در فهرست دارو نیست و یا به نحوی محدود شده است می توانیم به شما تامین موقتی از دارو را بدهیم. این به شما زمان می دهد که با ارائه دهنده خدمات درمانی تان درباره گرفتن داروی متفاوت صحبت کنید و یا از ما بخواهید که دارو را پوشش دهیم.

برای گرفتن تامین موقت یک دارو، باید دو قانون ذیل را رعایت کنید:

1. دارویی که شما در حال مصرف آن هستید:

- دیگر در فهرست داروی ما موجود نیست، یا
- هیچ وقت در فهرست داروی ما موجود نبوده است، یا
- در حال حاضر به نحوی محدود شده است.

2. شما باید در یکی از این موقعیت ها باشید:

- شما سال گذشته عضو طرح بوده اید.

○ ما تامین موقتی داروی شما را طی 90 روز اول سال پوشش می دهیم.

○ این تامین موقت برای حداکثر 30 روز ادامه خواهد داشت.

○ اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده، ما می توانیم تا چند تمدید نسخه در حد مصرف دارو برای حداکثر 30 روز به شما ارائه دهیم. شما باید نسخه خود را از یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.

○ داروخانه های خدمات درازمدت ممکن است داروی شما را در مقدارهای کم تر ارائه دهد تا از هدر رفتن آنها جلوگیری شود.



- شما تازه عضو طرح ما شده اید.
 - ما یک تامین موقت داروی شما را طی اولین 90 روز عضویت تان در این بیمه درمانی پوشش خواهیم داد.
 - این تامین موقت برای حداکثر 30 روز ادامه خواهد داشت.
 - اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده، ما می توانیم تا چند تمدید نسخه در حد مصرف دارو برای حداکثر 30 روز به شما ارائه دهیم. شما باید نسخه خود را از یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.
 - داروخانه های خدمات درازمدت ممکن است داروی شما را در مقدارهای کم تر ارائه دهد تا از هدر رفتن آنها جلوگیری شود.
 - بیش از 90 روز عضو بیمه بوده اید و در یک تسهیلات مراقبتی درازمدت زندگی می کنید و فوراً به دارو نیاز دارید.
 - ما برای مصرف 31-روزه، یا کمتر، در صورتی که نسخه برای مقداری کم تر باشد، تامین دارو می کنیم. این علاوه بر تامین موقت ذکر شده فوق می باشد.
 - برای درخواست تامین موقت دارو با مراقبت مشتری تماس بگیرید.
- زمانی که تامین موقت دارو دریافت می کنید، باید با ارائه دهندگان خدمات خود صحبت کنید تا مشخص شود که هنگام پایان ذخیره داروی تان چه باید انجام داد. گزینه های شما عبارتست از:
- می توانید داروی تان را عوض کنید.
- ممکن است داروی متفاوتی تحت پوشش بیمه درمانی ما و مناسب شما باشد. شما می توانید برای گرفتن فهرست داروهای تحت پوشش که برای درمان بیماری تان استفاده می شوند با مراقبت مشتری تماس بگیرید. این فهرست می تواند به ارائه دهندگان خدمات شما کمک کند تا داروی تحت پوشش مناسب شما را پیدا کنند.
- یا**
- می توانید درخواست استثناء کنید.
- شما و ارائه دهندگان خدمات شما می توانید از ما درخواست کنید که استثناء قائل شویم. به طور مثال، می توانید از ما بخواهید که دارویی را پوشش دهیم حتی اگر در فهرست دارو نباشد. یا می توانید از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه دهندگان خدمات شما دلیل پزشکی خوبی برای در نظر گرفتن یک استثناء داشته باشند، می توانند به شما برای درخواست آن کمک کنند.
- جهت اطلاع از نحوه درخواست استثناء، به بخش F فصل 9 مراجعه کنید.
- در صورت نیاز به راهنمایی در مورد تقاضای استثنای دارویی، می توانید با مراقبت مشتریان یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

- اکثر تغییرات در پوشش دارویی شما 1 ژانویه صورت می گیرد. با این وجود، ما ممکن است طی سال تغییراتی در فهرست دارو ایجاد کنیم. ممکن است قوانین مربوط به داروها را نیز در مواردی تغییر دهیم. برای مثال ممکن است:
- تصمیم بگیریم که دارویی نیاز به تأییدیه قبلی داشته باشد یا نداشته باشد. (تأییدیه قبلی، کسب اجازه از طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect پیش از دریافت دارو می باشد).



- اضافه کردن یا تغییر دادن مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید (که "محدودیت مقدار" نامیده می شود).
 - سختگیری های موجود برای درمان مرحله ای با دارویی خاص را اضافه کنیم و یا تغییر دهیم. (درمان مرحله ای به این معنا است که پیش از اینکه دارویی را تحت پوشش قرار دهیم، لازم است که اول دارویی دیگر را امتحان کرده باشید.)
- برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، بخش C این فصل را مطالعه کنید.
- اگر شما دارویی مصرف کنید که در **ابتدای** سال جاری پوشش داده شده است، معمولاً در **طول بقیه سال**، ما پوشش آن دارو را تغییر نخواهیم داد مگر اینکه:
- یک داروی جدید و ارزاتر به بازار آمده باشد که با همان کارایی داروی موجود در فهرست دارویی عمل می کند، یا
 - ما مطلع شویم که یک دارو بی خطر نیست، یا
 - یک دارو از بازار جمع شود.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه موقع لیست دارو تغییر می کند، همیشه می توانید:
- نسخه به روز شده فهرست داروهای تحت پوشش را در وب سایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy بررسی کنید یا
 - با مراقبت مشتریان برای بررسی لیست داروهای فعلی با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.
- برخی از تغییرات در فهرست دارویی **بلافاصله** اتفاق می افتند. مثلاً:
- **یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد.** بعضی وقتها، یک داروی ژنریک جدید و ارزاتر به بازار آمده باشد که با همان کارایی داروی موجود در فهرست دارویی عمل می کند. هنگامی که این اتفاق می افتد، ممکن است داروی برند را حذف کرده و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید ثابت می ماند یا کمتر خواهد بود.
- وقتی ما داروی جدید ژنریک را اضافه می کنیم، همچنین ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند را در فهرست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت های پوشش آن را تغییر دهیم.
- ما ممکن است قبل از اینکه این تغییر را انجام دهیم، به شما اطلاع ندهیم، اما در صورت وقوع آن، ما اطلاعاتی در مورد تغییر خاص یا تغییراتی که انجام داده ایم را برای شما ارسال خواهیم کرد.
 - شما یا ارائه دهنده خدمات همچنین می توانید درباره این محدودیت ها درخواست اعمال "استثنا" کنید. ما برای شما یک اعلامیه ارسال می کنیم و در آن درباره مراحل که باید برای درخواست اعمال استثناء طی شود به شما اطلاع رسانی می کنیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره استثناءها، لطفاً به فصل 9 مراجعه کنید.
- **یک دارو از بازار جمع شود.** اگر سازمان غذا و دارو، FDA اعلام کند که داروی مورد مصرف شما ایمن نمی باشد یا تولیدکننده دارو آن را از بازار جمع کند، ما بلادرنگ آن را از فهرست دارویی حذف خواهیم کرد. اگر شما آن دارو مصرف می کنید، به شما اطلاع خواهیم داد. شما باید با همکاری ارائه دهنده خدمات خود یک داروی دیگر که برای بیماری یا وضعیت شما مفید بوده و طرح نیز آن را پوشش می دهد را انتخاب کنید.

ما ممکن است برخی تغییرات دیگر را اعمال کنیم که بر روی خدمات مورد استفاده شما تاثیر گذار باشد. ما پیشاپیش درباره این تغییرات دیگر در فهرست دارویی به شما اطلاع رسانی خواهیم کرد. این تغییرات ممکن است در این موارد رخ دهد:

- FDA راهنمای جدیدی را ارائه دهد و یا دستورالعمل های بالینی جدیدی در مورد یک دارو صادر شود.
- ما یک داروی ژنریک را به فهرست خود اضافه نمائیم که برای بازار جدید نیست؛ و
- یک داروی دارای نام تجاری که در حال حاضر در فهرست دارویی می باشد را جایگزین نمائیم یا
- قوانین پوشش یا محدودیت ها برای داروی دارای نام تجاری را تغییر دهیم.

زمانی که این تغییرات اتفاق می افتند، ما:

- حداقل 30 روز قبل از اتفاق افتادن این تغییرات در فهرست دارویی، موضوع را به شما اطلاع خواهیم داد یا
 - موضوع را به شما اطلاع داده و به مدت 60-روز دارویی را که درخواست تمدید نسخه آن را کرده اید، در اختیارتان قرار خواهیم داد.
- این کار به شما این فرصت را می دهد که با پزشک معالج خود یا دیگر نسخه دهندگان مشورت کنید. آنها می توانند به شما کمک کنند که درباره موارد زیر تصمیم بگیرید:
- چنانچه داروی مشابهی در فهرست دارویی بود که می توانید به عنوان داروی جایگزین استفاده کنید یا
 - یا اینکه آیا درباره این محدودیت ها درخواست اعمال "استثناء" کنید یا خیر. جهت اطلاع از نحوه درخواست تجدید نظر به بخش F فصل 9 مراجعه کنید.

ما ممکن است در فهرست داروهایی که شما استفاده می کنید اما در حال حاضر تأثیری روی پوشش شما ندارند، تغییراتی ایجاد کنیم. برای چنین تغییراتی، اگر شما دارویی مصرف کنید که در ابتدای سال جاری پوشش داده شده است، معمولاً در طول بقیه سال، ما پوشش آن دارو را تغییر نداده یا حذف نخواهیم کرد.

برای مثال، اگر ما دارویی که شما مصرف می کنید را حذف یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر اثری روی مصرف دارو توسط شما برای باقیمانده سال نخواهد داشت.

F. پوشش داروها در مواردی خاص

F1. اگر در بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش بیمه درمانی ما اقامت دارید

اگر برای اقامت در یک بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای تحت پوشش بیمه درمانی ما پذیرش گرفته اید، ما معمولاً هزینه داروهای تجویزی در طول مدت اقامت تان را پوشش خواهیم داد. شما مجبور نخواهید بود هزینه ای بابت تعرفه پرداخت مشترک پرداخت کنید. زمانی که از بیمارستان و یا مراکز پرستاری حرفه ای مرخص می شوید، مشروط بر اینکه همه قوانین ما برای پوشش رعایت شود، داروهای شما را پوشش می دهیم.

جهت اطلاعات بیشتر درباره پوشش دارو و آنچه که شما پرداخت می کنید، به فصل 6 مراجعه کنید.

F2. اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید

معمولاً، مراکز مراقبت بلند مدت، مانند آسایشگاه ها، داروخانه خود را دارند و یا داروخانه ای که داروهای تمام ساکنین آنها را تامین می کند. اگر در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید، می توانید داروهای تجویزیتان را از طریق داروخانه مرکز، در صورتی که طرف قرارداد ما باشد، دریافت کنید.



برای اطلاع از این که داروخانه مرکز ارائه دهنده خدمات بلند مدت به شما تحت شبکه ما فعالیت می کند یا خیر، به فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید. اگر داروخانه عضو شبکه بیمه نباشد، یا اگر احتیاج به اطلاعات بیشتری دارید لطفاً با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

F3. اگر عضو یک برنامه آسایشگاه بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare هستید

دارو ها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند.

- اگر عضو یک آسایشگاه بیماری های لاعلاج Medicare هستید و نیاز به داروی مسکن، ضدتهوع، بیوست یا ضد اضطراب دارید که تحت پوشش آسایشگاه بیماری های لاعلاج شما نیست به دلیل این که به بیماری لاعلاج شما و عارضه های مربوطه ربطی ندارد، بیمه ما پیش از آن که بتواند آن دارو را پوشش دهد باید از تجویز کننده یا ارائه دهنده خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج شما نامه ای مبنی بر این که دارو به بیماری شما ربطی ندارد دریافت کند.
- به منظور جلوگیری از تاخیر در دریافت هر داروی نامربوط که بیمه ما باید پوشش دهد، می توانید از ارائه دهنده خدمات آسایشگاه خود یا تجویز کننده بخواهید مطمئن شود که ما پیش از مراجعه شما به داروخانه یک گواهی دریافت کنیم که داروی مورد درخواست شما نامربوط است.
- در صورت ترک آسایشگاه، بیمه ما باید همه داروهای شما را پوشش دهد. به منظور جلوگیری از هر گونه تاخیر در داروخانه زمانی که مزایای آسایشگاه Medicare به پایان می رسد، شما باید مدارک مربوطه را به عنوان گواهی این که آسایشگاه را ترک کرده اید با خود به داروخانه ببرید. جهت اطلاع از مقررات مربوط به پوشش داروها بر اساس بخش D به بخش های پیشین این فصل مراجعه کنید.
- جهت کسب اطلاعات درباره مزایای آسایشگاه های بیماری های لاعلاج، به بخش D فصل 4 مراجعه کنید.

G. برنامه های ایمنی دارویی و مدیریت دارو

G1. برنامه های کمک به اعضاء برای استفاده بی خطر از دارو

هر بار که نسخه ای را تجدید می کنید، ما مشکلات احتمالی مربوطه، از قبیل خطاهای دارو یا داروهایی که از وضعیت ها برخوردار باشند را بررسی می کنیم:

- داروهایی که ممکن است به این دلیل که شما داروی دیگری با همان تاثیرات مصرف می کنید مورد نیاز نباشند
- داروهایی که ممکن است برای سن و جنسیت شما بی خطر نباشند
- داروهایی که ممکن است به دلیل استفاده همزمان به شما آسیب برسانند
- داروهایی که ممکن است دارای ترکیباتی باشند که شما به آنها آلرژی دارید
- داروهایی که ممکن است میزان داروهای ضددرد مخدر آن ناایمن باشد

اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای تجویزی بیایم، با ارائه دهندگان خدمات شما همکاری می کنیم تا مشکل را رفع کنیم.

G2. برنامه هایی برای کمک به اعضاء در مدیریت داروهای خود

اگر از داروها برای شرایط مختلف پزشکی استفاده می کنید و/یا در برنامه مدیریت دارو هستید تا به شما در استفاده ایمن از داروهای دارای مخدر کمک کند، ممکن است بدون هیچ هزینه ای از طریق برنامه مدیریت درمان دارویی (MTM) واجد شرایط دریافت خدمات باشید. این برنامه به شما و ارائه دهنده خدمات شما کمک می کند مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامت تان کارساز هستند. یک داروساز یا متخصص امور پزشکی دیگر مرور جامعی از همه داروهای شما ارائه خواهد داد و درباره موارد زیر با شما صحبت خواهد کرد:



- چگونه می توانید حد اکثر استفاده از داروهایی که مصرف می کنید را ببرید
- هر نگرانی که داشته باشید، مانند هزینه و عوارض داروها
- چگونه مصرف کردن دارو بهتر است
- هر نوع سوال یا مشکلی که ممکن است درباره نسخه خود و داروهای بدون نسخه داشته باشید

به شما یک نسخه کتبی از این گفتگو ارائه خواهد شد. در این خلاصه یک برنامه عملی دارویی گنجانده می شود که به شما توصیه می کند برای بهترین استفاده از داروی خود چه کنید. همچنین یک فهرست دارویی شخصی دریافت خواهید کرد که شامل همه داروهایی که مصرف می کنید و دلیل مصرف آنها خواهد بود. علاوه بر این، اطلاعاتی در مورد دفع ایمن داروهای تجویزی که دارای مواد کنترل شده هستند دریافت خواهید کرد.

فکر خوبی است که جلسه مرور داروهای خود را پیش از جلسه سالانه "سلامت" خود داشته باشید تا بتوانید با پزشک خود درباره برنامه عملی و فهرست دارویی خود صحبت کنید. برنامه عملی و فهرست دارویی خود را به وقت ملاقات یا زمان گفتگو با پزشکان، داروسازان، و دیگر متخصصین درمانی خود به همراه ببرید. در صورت مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس فهرست دارویی خود را همراهتان ببرید.

برنامه های مدیریت دارو درمانی برای اعضاء واجد شرایط داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه ای داشته باشیم که متناسب نیازهای شما باشد، شما را در این برنامه ثبت نام کرده اطلاعات مربوطه را برای شما می فرستیم. اگر نمی خواهید در چنین برنامه ای باشید، لطفاً به ما اطلاع دهید تا شما را از این برنامه حذف کنیم.

اگر درباره این برنامه ها سوالی دارید، لطفاً با مرکز مراقبت مشتری یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت دارو برای کمک به اعضاء در استفاده از داروهای دارای مخدر

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect دارای برنامه ای می باشد که می تواند به اعضاء کمک کند تا بگونه ای ایمن از داروی تجویزی دارای مخدر و داروهای دیگری که اغلب مورد سوء استفاده قرار می گیرند، استفاده کنند. این برنامه، برنامه مدیریت دارو، یا به اختصار DMP نامیده می شود.

اگر از داروهای دارای مخدر استفاده می کنید که آنها را از چندین پزشک یا داروخانه دریافت می کنید یا اگر اخیراً مصرف بیش از حد مخدر داشته اید، ما ممکن است با پزشکان شما صحبت کنیم تا اطمینان حاصل شود که استفاده شما از داروهای دارای مخدر مناسب و از لحاظ پزشکی ضروری می باشد. در همکاری با پزشکان شما، اگر ما تصمیم بگیریم که استفاده از داروهای مخدر تجویزی یا بنزودیازپین برای شما بی خطر نیست، ما ممکن است نحوه دریافت آن داروها توسط شما را محدود کنیم. محدودیت ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- شما را ملزم می کند که تمام نسخه های مربوط به آن داروها را از داروخانه خاص و/یا از پزشک معینی دریافت کنید
- محدود کردن میزان آن داروهایی که ما برای شما مورد پوشش قرار می دهیم

اگر فکر کنیم که یک یا چند محدودیت باید در زمینه شما اعمال شود، ما پیشاپیش برای شما یک نامه ارسال خواهیم کرد. این نامه محدودیت هایی که به نظر ما باید اعمال شود را برای شما توضیح می دهد.

شما از این امکان برخوردار خواهید بود تا به ما بگویید که ترجیح می دهید از چه پزشکان یا داروخانه هایی استفاده کنید و هرگونه اطلاعاتی که فکر می کنید برای ما مهم است که بدانیم. اگر پس از فرصتی که برای پاسخگویی به شما دادیم، تصمیم گرفتیم پوشش شما را برای این داروها محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال می کنیم که محدودیت ها را تأیید می کند.

اگر فکر می کنید که ما اشتباه کرده ایم، مخالف هستید که شما در معرض خطر سوء مصرف داروی تجویزی هستید، یا با محدودیت مربوطه موافق نیستید، شما و یا صادر کننده نسخه شما می توانید درخواست تجدید نظر کنید. در صورت درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم خود را به شما اطلاع می دهیم. اگر ما همچنان بخشی از درخواست تجدیدنظر شما را در رابطه با محدودیت



دسترسی شما به این داروها رد کنیم، پرونده شما را به طور خودکار به یک نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال می کنیم. (جهت یادگیری نحوه درخواست تجدیدنظر و کسب اطلاعات بیشتر در مورد IRE، به فصل 9 مراجعه کنید.)

ممکن است در موارد زیر DMP در مورد شما اعمال نشود:

- شرایط خاص پزشکی مانند سرطان یا بیماری سلول داسی شکل،
- چنانچه در حال دریافت مراقبت های آسایشگاهی، تسکینی یا مراقبت های آخر عمر هستند، یا
- اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید.



فصل 6: مبلغی که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal خود می پردازید

مقدمه

این فصل به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می دهد. منظور ما از "دارو" موارد زیر است:

- داروهای نسخه ای بخش D از Medicare و

- داروها و وسایل تحت پوشش Medi-Cal، و

- داروها و وسایلی به عنوان مزایای اضافی تحت پوشش بیمه هستند.

به دلیل واجد شرایط بودن برای Medi-Cal، شما "کمک اضافه ای" از Medicare برای پرداخت هزینه داروهای نسخه ای بخش D از Medicare خود دریافت می کنید.

کمک اضافی یک برنامه Medicare می باشد که به افراد با درآمد و منابع مالی محدود کمک می کند تا هزینه داروهای تجویزی بخش D از Medicare آنها مانند حق بیمه ها، کسورات و تعرفه های پرداخت مشترک کاهش یابد. کمک اضافی همچنین "یارانه افراد کم درآمد" یا "LIS" هم نامیده می شود.

سایر اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء نمایش داده شده اند.

برای اطلاعات بیشتر از داروهای نسخه ای می توانید به منابع زیر مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.

- به طور مختصر آن را فهرست دارویی می نامیم. این فهرست اطلاعات زیر را به شما ارائه می دهد:

- اینکه هزینه کدام داروها را ما پرداخت می کنیم

- هر دارو در کدام یک از چهار (4) رده اشتراک هزینه قرار دارد

- چرا برخی داروها محدودیت دارند

- در صورت نیاز به یک نسخه از فهرست دارویی، با مراقبت مشتری تماس بگیرید. همچنین می توانید فهرست دارو را در وبسایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مشاهده کنید. فهرست دارویی در وب سایت ما همیشه به روز است.

- فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضاء را بخوانید.

- فصل 5 به شما اطلاعاتی درباره چگونگی دریافت داروهای نسخه ای سرپایی ارائه می دهد.

- شامل قوانینی می شود که شما باید آنها را رعایت کنید. همچنین به شما درباره انواع داروهای نسخه ای که تحت پوشش بیمه ما نیستند اطلاع می دهد.



● فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه های ما.

- در اکثر موارد، باید برای دریافت داروهای تحت پوشش خود به یکی از داروخانه های عضو شبکه مراجعه کنید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که قبول کرده اند با ما کار کنند.
- فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه ها حاوی فهرستی است از داروخانه های عضو شبکه. شما می توانید اطلاعات بیشتری درباره داروخانه های عضو شبکه در بخش A از فصل 5 مطالعه کنید.



فهرست مطالب

122	A. شرح مزایا (EOB)
122	B. ردگیری سابقه هزینه های دارویی خود
123	C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D
124	D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه
124	D1. انتخاب داروخانه
125	D2. تامین بلند مدت یک دارو
125	D3. آنچه شما پرداخت می کنید
128	D4. پایان مرحله پوشش اولیه
129	E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
129	F. هزینه های داروی شما اگر که پزشک تان برای مصرف کم تر از یک ماه کامل تجویز کرده باشد
130	G. کمک در اشتراک هزینه برای داروهای نسخه ای برای افراد مبتلا به ایدز/اچ آی وی
130	G1. درباره برنامه کمک دارویی ایدز، یا به اختصار ADAP
130	G2. در صورت عدم عضویت در ADAP چه باید کرد
130	G3. در صورتی که هم اکنون عضو ADAP هستید چکار باید کرد
130	H. واکسیناسیون
130	H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید
130	H2. آنچه شما برای واکسن های بخش D Medicare پرداخت می کنید



A. شرح مزایا (EOB)

بیمه ما سابقه داروهای نسخه ای شما را نگه می دارد. ما دو نوع از هزینه ها را ردگیری می کنیم:

- هزینه های پرداخت شده از جیب شما. منظور از این مبلغی است که شما، یا دیگران از جانب شما، برای نسخه هایتان خودتان پرداخت می کنید.
 - کل هزینه داروی های شما. منظور از این مبلغی است که ما و شما، یا دیگران از جانب شما، برای نسخه هایتان خودتان پرداخت می کنیم.
- زمانی که با استفاده از بیمه ما داروهای تجویزی دریافت می کنید، ما خلاصه ای تحت عنوان شرح مزایا برای شما ارسال می کنیم. ما آن را به اختصار EOB می نامیم. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می کنید مانند افزایش قیمت و سایر داروها با هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، را دارد. می توانید در مورد این گزینه های کم هزینه با پزشک خود صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر است:
- اطلاعات ماهانه. در خلاصه ذکر می شود که چه داروهای نسخه ای دریافت کرده اید. این نشان دهنده هزینه کلی داروها شامل آنچه ما پرداخت کرده ایم و آنچه شما و دیگرانی که پول داروهای شما را می پردازند پرداخت کرده اید، می باشد.
 - اطلاعات "سالانه تا به امروز". این شامل هزینه کلی داروهای شما و کل پرداخت ها از 1 ژانویه می باشد.
 - اطلاعات قیمت دارو. این قیمت کل دارو و درصد تغییر قیمت دارو از زمان اولین تجویز است.
 - جایگزین با هزینه کمتر در صورت وجود، آنها در خلاصه در زیر داروهای فعلی شما ظاهر می شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با پزشک خود صحبت کنید.
- ما داروهایی که Medicare پوشش نمی دهد را پوشش می دهیم.
- پرداخت هایی که برای این داروها انجام می شود جزو هزینه های پرداخت از جیب کلی شما محسوب نمی شود.
 - ما همچنین هزینه برخی داروهای بدون نیاز به نسخه را می پردازیم. شما برای این دارو نیازی به پرداخت هیچگونه هزینه ندارید.
 - جهت آگاهی از داروهایی که بیمه ما مورد پوشش قرار می دهد، به فهرست داروها مراجعه کنید.

B. ردگیری سابقه هزینه های دارویی خود

ما برای ردگیری هزینه داروهای شما و پرداخت هایی که انجام داده اید از سوابقی که از خود شما و داروخانه شما جمع آوری می شود استفاده می کنیم. مطلع بودن از هزینه داروهایتان:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

هر گاه که برای خرید داروی نسخه ای خود می روید، از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید. این به ما کمک می کند تا از نوع داروهای شما و این که چه مبلغی برای آن پرداخت می کنید اطلاع داشته باشیم.



2. اطمینان حاصل کنید که اطلاعات مورد نیاز را در اختیار ما قرار داده اید.

کپی رسید پرداخت هایی که برای داروهای خود انجام داده اید را به ما بدهید. شما می توانید از ما بخواهید سهم خود از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

شما باید در موارد زیر، کپی رسیدهای خود را در اختیار ما قرار دهید:

- وقتی شما یک داروی تحت پوشش به قیمت خاص از یک داروخانه شبکه دریافت کرده یا از یک کارت تخفیف استفاده می کنید جزو مزایای طرح ما نیست
- وقتی برای داروهایی که با استفاده از یک برنامه "کمک به بیمار و داروساز" دریافت می کنید، پرداخت مشترک را پرداخت می کنید
- وقتی که داروهای تحت پوشش را از داروخانه ای خارج از شبکه تهیه می کنید
- وقتی که قیمت کامل یک داروی تحت پوشش را پرداخت می کنید

جهت اطلاع از نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو، به بخش های A و B فصل 7 مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به پرداخت هایی که دیگران برای شما انجام داده اند را برای ما ارسال کنید.

پرداخت هایی که افراد و سازمان های دیگر برای شما انجام داده اند نیز جزو هزینه های پرداخت از جیب شما محسوب می شود. برای مثال، پرداخت هایی که توسط یک برنامه کمک دارویی افراد مبتلا به ایدز، خدمات بهداشت سرخپوستان، و اکثر خیریه های پرداخت می شود جزو هزینه پرداخت از جیب شما محسوب می شود. این به شما کمک می کند تا برای "پوشش بحرانی"، واجد شرایط شوید. وقتی که به مرحله پوشش بحرانی برسید، بیمه درمانی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هزینه همه داروهای بخش D شما را برای بقیه سال پرداخت می کند.

4. EOB هایی که برای شما می فرستیم را بررسی کنید.

وقتی یک EOB را برای شما با پست ارسال می کنیم، لطفاً مطمئن شوید که کامل و صحیح است. اگر فکر می کنید چیزی از قلم افتاده یا اشتباه است یا اگر هر سوالی برای شما پیش آمده است، لطفاً با مراقبت مشتری تماس بگیرید. حتماً این EOB ها را نزد خود نگهداری کنید. این گزارش ها سابقه مهمی از هزینه های داروهای شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D

طبق طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect، دو مرحله پرداخت برای پوشش داروهای تجویزی Medicare بخش D شما وجود دارد. اینکه شما چه مبلغی باید بپردازید به این بستگی دارد که هنگام ارائه اولین نسخه و تجدید آن، در کدام مرحله قرار داشته باشید. این دو مرحله عبارت است از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی
---------------------------	----------------------------------



مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی
در این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می کنید. سهم شما، پرداخت مشترک نامیده می شود. این مرحله وقتی آغاز می شود که شما اولین نسخه سال را تحویل می گیرید.	طی این مرحله، ما کل هزینه های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2022 پرداخت می کنیم. شما این مرحله را وقتی آغاز می کنید که مبلغ هزینه های پرداخت از جیب شما به حد خاصی رسیده باشد.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در مرحله اولیه پوشش، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه ای تحت پوشش را پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می کنید. سهم شما، پرداخت مشترک نامیده می شود. تعرفه پرداخت مشترک به رده اشتراک هزینه دارو و به اینکه دارو را از کجا تهیه می کنید بستگی دارد.

رده های اشتراک هزینه، گروه داروهایی هستند که تعرفه پرداخت مشترک یکسانی دارند. هر یک از داروهای موجود در فهرست داروی ما در یکی از چهار (4) رده اشتراک هزینه جای می گیرد. عموماً، هرچه رده مربوطه بالاتر باشد، تعرفه پرداخت مشترک نیز بالاتر خواهد بود. برای اینکه بدانید داروهای شما در کدامیک از این رده های اشتراک هزینه قرار می گیرد، به فهرست داروها مراجعه کنید.

- رده 1 اشتراک هزینه (پایین ترین رده ما) شامل داروهای ژنریک مورد ترجیح می شود. تعرفه پرداخت مشترک شما \$0 برای هر نسخه می باشد.
- رده 2 اشتراک هزینه شامل داروهای ژنریک می شود. پرداخت مشترک از \$0 تا \$3.95 است.
- رده 3 اشتراک هزینه (بالاترین ترین رده ما) شامل داروهای برند می شود پرداخت مشترک از \$0 تا \$9.85 است.
- رده 4 اشتراک هزینه شامل داروهای غیر Medicare و داروهای بدون نسخه (OTC) می شود. تعرفه پرداخت مشترک شما \$0 برای هر نسخه می باشد.

برای اطلاع از این که داروی شما در کدام رده به اشتراک هزینه قرار دارد، داروی مربوطه را در فرمولاری (فهرست دارویی) طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect پیدا کنید.

D1. انتخاب داروخانه

اینکه چه مبلغی برای دارویتان پرداخت می کنید به این بستگی دارد که آیا دارو را از:

- یک داروخانه عضو شبکه، یا
 - یک داروخانه خارج از شبکه خریداری می کنید.
- در موارد محدود، ما نسخه هایی که از داروخانه های خارج از شبکه تهیه شده اند را پوشش می دهیم. جهت اطلاع از مواردی که ما چنین کاری می کنیم به بخش A فصل 5 مراجعه کنید.
- جهت اطلاعات درباره گزینه های انتخاب داروخانه، به بخش A فصل 5 این کتابچه و فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های ما مراجعه کنید.



D2. تامین بلند مدت یک دارو

برای برخی داروها، به هنگام دریافت نسخه، شما می توانید یک تامین بلند مدت (که "تامین تمدید شده" هم نامیده می شود) را دریافت کنید. تامین بلندمدت، تامین 100 روزه برای رده 1 و تامین 90 روزه برای رده های 2-3 است. هزینه آن برای شما با هزینه داروی یک ماه یکسان است.

جهت اطلاع از جزئیات این که کجا و چگونه می توانید یک تامین بلند مدت از یک دارو را تامین کنید، به بخش A فصل 5 یا فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید.

D3. آنچه شما پرداخت می کنید

در مرحله پوشش اولیه، هر بار که شما داروهای یک نسخه را دریافت می کنید، ممکن است یک تعرفه پرداخت مشترک بپردازید. اگر هزینه های داروهای تحت پوشش از میزان پرداخت مشترک کمتر باشد، شما فقط آن هزینه کمتر را پرداخت می کنید.

برای اطلاع از مبلغ تعرفه پرداخت مشترک برای هر داروی تحت پوشش، لطفاً با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

سهم پرداختی شما هنگامی که برای یک ماه یا دوره طولانی تری از داروی نسخه ای تحت پوشش خود می گیرید:

یک داروخانه خارج از شبکه	یک داروخانه عضو شبکه برای مراقبت های بلند مدت	سرویس پستی طرح	یک داروخانه عضو شبکه	
تامین دارو تا 10 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می شود. جهت اطلاع از جزئیات به بخش A فصل 5 مراجعه کنید.	تامین دارو تا 31 روز	تامین یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	تامین یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	
\$0 پرداخت مشترک	\$0 پرداخت مشترک	والدین در دسترس نیستند	\$0 پرداخت مشترک	اشتراک هزینه رده دارویی 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)



یک داروخانه عضو شبکه	یک داروخانه عضو شبکه برای مراقبت های بلند مدت	سرویس پستی طرح	یک داروخانه عضو شبکه	یک داروخانه عضو شبکه
تأمین دارو تا 10 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می شود. جهت اطلاع از جزئیات به بخش A فصل 5 مراجعه کنید.	تأمین دارو تا 31 روز	تأمین یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	تأمین یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	تأمین دارو تا 10 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می شود. جهت اطلاع از جزئیات به بخش A فصل 5 مراجعه کنید.
اشتراک هزینه رده دارویی 2 (داروهای ژنریک)	اشتراک هزینه رده دارویی 2 (داروهای ژنریک)	والدین در دسترس نیستند	اشتراک هزینه رده دارویی 2 (داروهای ژنریک)	اشتراک هزینه رده دارویی 2 (داروهای ژنریک)
\$0، \$1.35، \$3.95 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$1.35، \$3.95 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	والدین در دسترس نیستند	\$0، \$1.35، \$3.95 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$1.35، \$3.95 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.
اشتراک هزینه رده دارویی 3 (داروهای دارای نام تجاری)	اشتراک هزینه رده دارویی 3 (داروهای دارای نام تجاری)	والدین در دسترس نیستند	اشتراک هزینه رده دارویی 3 (داروهای دارای نام تجاری)	اشتراک هزینه رده دارویی 3 (داروهای دارای نام تجاری)
\$0، \$4.00، \$9.85 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$4.00، \$9.85 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	والدین در دسترس نیستند	\$0، \$4.00، \$9.85 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$4.00، \$9.85 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.



یک داروخانه خارج از شبکه	یک داروخانه عضو شبکه برای مراقبت های بلند مدت	سرویس پستی طرح	یک داروخانه عضو شبکه	
تأمین دارو تا 10 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می شود. جهت اطلاع از جزئیات به بخش A فصل 5 مراجعه کنید.	تأمین دارو تا 31 روز	تأمین یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	تأمین یک ماهه یا تا 30 روز مصرف	
\$0 پرداخت مشترک	\$0 پرداخت مشترک	سفارش برای داروهای رده 4 در دسترس نمی باشد.	\$0 پرداخت مشترک	اشتراک هزینه رده دارویی 4 داروهای غیر Medicare (Rx (OTC)



سهم شما از هزینه، زمانی که یک داروی تجویزی تحت پوشش طولانی مدت دریافت می کنید از:

سرویس پستی طرح	یک داروخانه عضو شبکه	
\$0 پرداخت مشترک	\$0 پرداخت مشترک	اشتراک هزینه رده دارویی 1: داروهای ژنریک ترجیحی تأمین دارو تا 100 روز
\$0، \$1.35، \$3.95 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$1.35، \$3.95 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	اشتراک هزینه رده دارویی 2: داروهای ژنریک تأمین دارو تا 90 روز
\$0، \$4.00، \$9.85 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	\$0، \$4.00، \$9.85 پرداخت مشترک تعرفه های پرداخت مشترک بر اساس کمک اضافی که شما دریافت می کنید متفاوت می باشد.	اشتراک هزینه رده دارویی 3: داروهای دارای نام تجاری تأمین دارو تا 90 روز
سفارش برای داروهای رده 4 در دسترس نمی باشد.	تأمین بلند مدت برای رده 4 در دسترس نیست	اشتراک هزینه رده دارویی 4: داروهای RX (OTC)/بی نیاز از نسخه غیر Medicare تأمین دارو تا 90 روز

جهت اطلاعات در این زمینه که چه داروخانه هایی می توانند ذخیره بلند مدت داروها را به شما ارائه دهند، به فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های ما مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله اولیه پوشش زمانی به پایان می رسد که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما به \$7,050 برسد. در این زمان مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. ما همه هزینه های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد.



EOB ها به شما کمک می کنند که سابقه کل مبالغی که در طول سال برای داروهای خود پرداخت کرده اید را داشته باشید. در صورتی که هزینه های شما به سقف \$7,050 برسد ما به شما اطلاع خواهیم داد. خیلی از افراد در طول سال به این حد نمی رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

هنگامی که برای داروهای تجویزی خود به حد مجاز \$7,050 می رسید، مرحله پوشش بحرانی شروع می شود. پس از ورود به این مرحله، شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند. در این مرحله، کلیه هزینه داروهای Medicare شما توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

F. هزینه های داروی شما اگر که پزشک تان برای مصرف کم تر از یک ماه کامل تجویز کرده باشد

معمولاً، شما برای تأمین یک ذخیره یک ماهه از یک داروی تحت پوشش تعرفه پرداخت مشترک را پرداخت می کنید. با این وجود، پزشک شما ممکن است برای مصرف کم تر از یک ماه کامل دارو تجویز کرده باشد.

- شاید گاهی بخواهید از پزشک خود درخواست کنید تا به اندازه کمتر از میزان مصرف یک ماه برای شما دارو تجویز کند (برای مثال، در مواقعی که می خواهید دارویی که عوارض جانبی شدید آن ثابت شده است را برای اولین بار مصرف کنید).
- اگر پزشک شما موافقت کند، شما مجبور نیستید برای مصرف یک ماه کامل برای تهیه برخی از داروهای خاص هزینه پرداخت کنید.
- هنگامی که دارویی برای کمتر از یک ماه برای شما تجویز شود، مبلغی که پرداخت می کنید بر اساس تعداد روزهایی که دارو را دریافت می کنید محاسبه خواهد شد. ما مبلغ پرداختی شما را به صورت مصرف روزانه دارو ("نرخ اشتراک هزینه روزانه") ضربدر تعداد روزهایی که آن دارو را دریافت می کنید محاسبه خواهیم کرد.
- به عنوان مثال: فرض کنیم که تعرفه پرداخت مشترک شما برای داروی یک ماه کامل (یک تأمین 30 روزه) \$1.35 باشد. این بدان معنی است که مبلغی که شما برای داروی خود پرداخت می کنید کمتر از \$0.05 در روز می باشد. در صورت دریافت 7 روز دارو، پرداخت شما کمتر از \$0.05 در روز ضربدر 7 روز، و در کل پرداخت کمتر از \$0.35 خواهد بود.
- اشتراک هزینه به صورت روزانه به شما این امکان را می دهد که قبل از این که هزینه ذخیره یک ماه کامل دارو را بپردازید مطمئن شوید که آیا دارو در مورد شما جواب می دهد و برایتان مناسب می باشد.
- همچنین می توانید از ارائه دهنده خود درخواستی کنید تا کمتر از مقدار تأمین ماهیانه دارو برایتان تجویز کند، تا بتوانید:

- زمان تمدید داروهایتان را بهتر برنامه ریزی کنید،
- تمدید داروهایتان را با داروهای دیگری که مصرف می کنید منظم کنید و
- کمتر به داروخانه مراجعه کنید.



G. کمک در اشتراک هزینه برای داروهای نسخه ای برای افراد مبتلا به ایدز/اچ آی وی**G1. درباره برنامه کمک دارویی ایدز، یا به اختصار ADAP**

برنامه کمک دارویی ایدز یا ADAP کمکی است برای اطمینان یافتن از اینکه افراد واجد شرایط مبتلا به اچ آی وی / ایدز به داروهای حیاتی خود دسترسی داشته باشند. داروهای نسخه ای سرپایی بخش D از Medicare نیز که تحت ADAP پوشش داده می شوند واجد شرایط دریافت کمک اشتراک هزینه داروهای نسخه ای از جانب اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا، اداره ایدز برای افراد عضو ADAP می باشند.

G2. در صورت عدم عضویت در ADAP چه باید کرد

برای کسب اطلاعات در مورد معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش، یا نحوه ثبت نام در برنامه، لطفاً با شماره 1-844-421-7050 تماس گرفته یا به وب سایت ADAP به آدرس www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx مراجعه کنید.

G3. در صورتی که هم اکنون عضو ADAP هستید چکار باید کرد

ADAP می تواند به ارائه کمک اشتراک هزینه به اعضای ADAP برای داروهای نسخه ای بخش D از Medicare که در فهرست داروی ADAP موجود هستند ادامه دهد. برای اطمینان خاطر از این که این دریافت این کمک ادامه پیدا کند، لطفاً هر گونه تغییر در عنوان طرح یا بیمه نامه خود برای داروهای بخش D از Medicare را به مامور ثبت نام محلی ADAP خود اطلاع دهید. در صورت نیاز به کمک در پیدا کردن نزدیک ترین مرکز/مامور ثبت نام ADAP، با شماره تلفن 1-844-421-7050 تماس گرفته یا به وب سایت فوق مراجعه فرمایید.

H. واکسیناسیون

ما واکسن های بخش D از Medicare را پوشش می دهیم. پوشش ما برای واکسن های بخش D از Medicare از دو بخش تشکیل می شود:

1. بخش اول پوشش برای هزینه خود واکسن است. واکسن یک داروی نسخه ای محسوب می شود .
2. بخش دوم پوشش برای هزینه تزریق واکسن به شما می باشد. به عنوان مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به عنوان یک تزریق انجام شده توسط پزشک خود دریافت کنید.

H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید

توصیه می کنیم هر وقت تصمیم به تزریق واکسن گرفتید، ابتدا با ما از طریق مراقبت مشتری تماس بگیرید.

- ما می توانیم به شما بگوییم که واکسن شما چگونه توسط طرح ما تحت پوشش قرار می گیرد و سهم شما از هزینه آن را توضیح دهیم.
- ما می توانیم به شما بگوییم که چگونه می توانید با استفاده از داروخانه ها و ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه هزینه های خود را کاهش دهید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که قبول کرده اند با ما کار کنند. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این بیمه درمانی کار می کند. برای کسب اطمینان از اینکه شما هیچ هزینه اولیه ای را برای واکسن های بخش D از Medicare پرداخت نمی کنید، ارائه دهنده خدمات عضو شبکه باید با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect کار کند.

H2. آنچه شما برای واکسن های بخش D Medicare پرداخت می کنید

مبلغی که شما باید برای واکسیناسیون پرداخت کنید به نوع آن (اینکه برای چه موردی واکسن می زنید) بستگی دارد.



- برخی از واکسن ها جزو مزایای سلامتی، و نه دارو، محسوب می شوند. این واکسن ها بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش داده می شوند. جهت آگاهی از پوشش این واکسن ها، بخش جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید.
- سایر واکسن ها جزو داروهای بخش D از Medicare محسوب می شوند. شما می توانید این واکسن ها را در فهرست دارویی طرح پیدا کنید. شما ممکن است مجبور باشید برای واکسن های بخش D از Medicare تعرفه پرداخت مشترک کنید.

در این جا سه راه متداول برای دریافت واکسن های بخش D از Medicare مطرح شده است.

1. شما می توانید واکسن بخش D از Medicare و تزریق آن را از یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.

- شما مبلغی بابت پرداخت مشترک برای واکسن پرداخت خواهید کرد.

2. شما واکسن بخش D از Medicare را در مطب پزشک خود دریافت کرده و پزشک آن را برای شما تزریق می کند.

- شما مبلغی بابت پرداخت مشترک برای واکسن به پزشک پرداخت خواهید کرد.

- بیمه ما هزینه تزریق آن واکسن را پرداخت خواهد کرد.

- در چنین شرایطی باید از مطب پزشک با ما تماس گرفته شود تا ما مطمئن شویم که آنها می دانند که شما باید برای واکسن تعرفه پرداخت مشترک کنید.

3. شما می توانید واکسن های بخش D از Medicare را از یک داروخانه دریافت کرده و برای تزریق آن را به مطب پزشک خود ببرید.

- شما مبلغی بابت پرداخت مشترک برای واکسن پرداخت خواهید کرد.

- بیمه ما هزینه تزریق آن واکسن را پرداخت خواهد کرد.



فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده

مقدمه

این فصل به شما می گوید که چگونه و چه وقت یک صورت را برای درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید. این فصل همچنین به شما می گوید که چگونه می توانید در صورت عدم موافقت با یک تصمیم گیری درباره میزان پوشش درخواست تجدیدنظر کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما 133
- B. ارسال درخواست برای پرداخت 135
- C. تصمیم گیری ها درباره میزان پوشش 135
- D. تجدید نظر ها 136



A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما

شما نباید برای خدمات یا داروهای داخل شبکه حساب دریافت کنید. ارائه کنندگان خدمات شبکه ما باید صورت حساب خدمات و داروهای تحت پوششی که شما دریافت کرده اید را برای ما ارسال کنند. ارائه دهنده خدمات عضو شبکه ارائه کننده خدماتی است که با این بیمه درمانی کار می کند.

اگر شما صورت حسابی برای هزینه کل خدمات درمانی یا داروهای خود دریافت کردید، آن را برای ما بفرستید. برای ارسال صورتحساب به ما به صفحه 143 مراجعه کنید.

- در صورتی که خدمات و داروهای مربوطه تحت پوشش باشند ما هزینه آنها را مستقیماً به خود ارائه دهنده پرداخت می کنیم.
 - اگر خدمات یا داروها پوشش داده شده اند و شما قبلاً بیش از سهم خود برای هزینه پرداخت کرده اید، حق دارید که این مبلغ اضافی به شما بازپس داده شود.
 - اگر خدمات و داروها تحت پوشش نباشند ما به شما اطلاع خواهیم داد.
 - اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با مرکز مراقبت مشتری یا هدایتگر مراقبتی خود تماس بگیرید. اگر نمی دانید چه مبلغی باید پرداخت می کرده اید، یا اگر صورت حسابی دریافت کنید که ندانید با آن چه باید بکنید، ما می توانیم به شما کمک کنیم. اگر درباره پرداخت صورت حسابی که از قبل برای ما ارسال کرده اید سوال داشته باشید هم می توانید با ما تماس بگیرید.
- موارد زیر مثال هایی هستند از مواقعی که شما می توانید از ما درخواست بازپرداخت به خودتان یا پرداخت یک صورت حساب را بکنید:

1. وقتی از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه خدمات اضطراری یا فوری دریافت می کنید

باید از ارائه کننده خدمات بخواهید که صورت حساب خود را برای ما بفرستد.

- در صورت پرداخت هزینه کل خدماتی که دریافت کرده اید، از ما بخواهید که سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.

- شما ممکن است از یک ارائه دهنده خدمات صورت حسابی دریافت کنید که فکر می کنید بابت آن هیچگونه بدهی ندارید. صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.

- اگر ارائه کننده خدمات مستحق دریافت پرداختی باشد، ما هزینه آنها را مستقیماً به خود ارائه دهنده خدمات پرداخت می کنیم.

- اگر از پیش هزینه ای بیش از سهم خود از هزینه ها برای خدمات پرداخت کرده اید، ما بررسی خواهیم کرد که بدهی شما چه قدر است و آن را بابت سهم خود از هزینه به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. هنگامی که یک ارائه کننده خدمات شبکه صورت حسابی برای شما می فرستد

ارائه کنندگان خدمات شبکه همیشه باید صورت حساب خود را به ما بفرستند. در هنگام دریافت هر گونه خدمات و یا داروهای تجویزی، طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect خود را نشان دهید. صدور صورتحساب غیرصحیح/نامناسب هنگامی اتفاق می افتد که یک ارائه دهنده خدمات (مانند یک پزشک یا بیمارستان) صورت حسابی بیش از سهم تقسیم هزینه بیمه برای خدمات برای شما صادر می کند. اگر صورت حسابی دریافت کرده اید با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

- به عنوان یکی از اعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، شما فقط باید هزینه تعرفه پرداخت مشترک را برای خدمات تحت پوشش طرح ما پرداخت کنید. ما به ارائه کنندگان خدمات اجازه نمی دهیم که



برای خدمات تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر کنند. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان خدمات، از قیمت واقعی آن خدمات کمتر باشد باز هم خللی در این امر وارد نخواهد آمد. اگر ما تصمیم بگیریم که برخی هزینه ها را پرداخت نکنیم، شما نباید آنها را پرداخت کنید.

- هر وقت از ارائه کنندگان خدمات صورت حسابی دریافت کنید که فکر می کنید بیش از مبلغی است که باید پرداخت کنید، آن را برای ما بفرستید. ما مستقیماً با ارائه کننده خدمات تماس گرفته و به مسئله رسیدگی می کنیم.
- اگر صورت حسابی که از یک ارائه کننده خدمات شبکه دریافت کرده اید را پرداخت کرده اید، اما فکر می کنید که بیش از اندازه پرداخت کرده اید، صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت آن را برای ما بفرستید. ما مابه التفاوت مبلغی که شما پرداخت کرده اید و طبق بیمه طلب دارید را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. هنگامی که از داروخانه خارج از شبکه برای دریافت داروهای نسخه خود استفاده می کنید

اگر از یک داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، باید هزینه کامل نسخه خود را پرداخت کنید.

- فقط در چند مورد، ما نسخه هایی که توسط داروخانه های خارج از شبکه تهیه شده اند را پوشش می دهیم. به هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت سهم خود از هزینه به شما، رونوشت صورت حساب خود را برای ما بفرستید.
- جهت اطلاعات بیشتر درباره داروخانه های خارج از شبکه، لطفاً به بخش A از فصل 5 مراجعه کنید.

4. هنگامی که به دلیل نداشتن کارت شناسایی عضویت خود ناچار به پرداخت هزینه کامل نسخه می شوید

اگر کارت عضویت بیمه خود را به همراه نداشته باشید، می توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرد تا اطلاعات مربوط به عضویت بیمه شما را بررسی کند.

- اگر داروخانه نتواند به اطلاعات مورد نیاز خود فوراً دسترسی پیدا کند، ممکن است شما ناچار به برداخت کامل هزینه نسخه بشوید.
- به هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت سهم خود از هزینه به شما، رونوشت صورت حساب خود را برای ما بفرستید.

5. هنگامی که هزینه کامل نسخه داروهای که تحت پوشش نیستند را خودتان پرداخت می کنید

ممکن است به این دلیل که داروی شما تحت پوشش نیست ناچار به پرداخت هزینه کامل آن بشوید.

- ممکن است داروی مربوطه در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) ما نباشد، یا نیازمندی ها و محدودیت هایی شامل آن شود که شما از آن مطلع نبودید یا فکر کردید که شامل حال شما نمی شود. اگر تصمیم بگیرید چنین دارویی تهیه کنید، ممکن است لازم شود هزینه کامل آن را خودتان پرداخت کنید.
 - اگر هزینه دارو را پرداخت نکنید اما فکر کنید که باید پوشش داده شود، می توانید درخواست تصمیم پوشش کنید (به بخش F فصل 9 مراجعه کنید).
 - اگر شما و پزشک شما یا تجویزکننده دیگری بر این باور باشید که نیاز فوری به آن دارو باشد، می توانید درخواست تصمیم پوشش سریع بکنید (به بخش F فصل 9 مراجعه کنید).
- به هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود از هزینه نسخه رسید آن را هم برابمان بفرستید. در برخی شرایط، ممکن است ما نیاز به دریافت اطلاعات بیشتری از پزشک شما یا دیگر تجویزکننده برای بازپرداخت سهم خود از هزینه دارو به شما داشته باشیم.



سهام شما از صورت حسابی که شما برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید

هنگامی که برای ما درخواست پرداختی می کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می گیریم که خدمات یا داروی دریافت شده باید پوشش داده شود یا خیر. به این فرآیند اتخاذ "تصمیم درباره پوشش دادن" می گویند. اگر ما تصمیم بگیریم که موردی باید پوشش داده شود، سهم خود از هزینه خدمات یا داروی مربوطه را پرداخت خواهیم کرد. اگر درخواست پرداخت شما را رد کنیم، می توانید روی تصمیم ما درخواست تجدید نظر بدهید.

- (جهت آگاهی نحوه درخواست تجدیدنظر به بخش F فصل 9 مراجعه کنید.)

B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید. مدرک اثبات پرداخت می تواند نسخه ای از چکی که نوشته اید یا رسید صادر شده از جانب ارائه دهنده باشد. فکر خوبی است که از صورت حساب و رسیدهای خود برای داشتن سوابق خود کپی بگیرید. می توانید از هدایتگر مراقبتی خود کمک بخواهید.

برای کسب اطمینان از اینکه همه اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری را به ما می دهید، می توانید فرم خسارت ما را پر کرده و درخواست پرداخت نمایید.

- نیازی نیست از فرم استفاده کنید، این فرم تنها برای کمک به ما برای پردازش سریعتر اطلاعات می باشد.
- می توانید نسخه ای از این فرم را از وبسایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect دریافت کنید یا با مرکز مراقبت مشتری تماس گرفته و درخواست دریافت فرم دهید.

درخواست خود برای دریافت پرداختی را همراه با صورت حساب ها یا رسیدها برای ما به نشانی زیر بفرستید:

طرح Blue Shield of California Promise Health
دپارتمان مراقبت مشتریان
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

مطالبه داروی نسخه دار:
طرح Blue Shield of California Promise Health
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

شما باید درخواست خود طی 365 روز از تاریخی که خدمات، محصول، یا دارو را دریافت کردید به ما ارائه دهید.

C. تصمیم گیری ها درباره میزان پوشش

پس از دریافت درخواست شما برای انجام یک پرداخت، ما زمینه تعیین پوشش تصمیم گیری خواهیم کرد. این بدین معنی است که درباره صلاحیت پوشش دادن خدمات درمانی یا داروی شما تصمیم می گیریم. همچنین، در صورت تایید، درباره مبلغی که به شما پرداخت کنیم تصمیم خواهیم گرفت.

- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با شما تماس خواهیم گرفت.
- اگر به این نتیجه برسیم که خدمات درمانی یا داروی مورد نظر شما باید پوشش داده شود و شما همه مقررات را برای دریافت آن رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر از پیش برای خدمات یا داروی مربوطه هزینه پرداخت کرده اید، ما یک چک بابت مبلغی که پرداخت کرده اید یا سهم خود از هزینه آن را برای شما



ارسال خواهیم کرد. اگر برای خدمات یا دارو هنوز مبلغی پرداخت نکرده اید، ما سهم خود را مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.

- در فصل 3 بخش B درباره مقررات دریافت خدمات تحت پوشش تان توضیح داده شده است. فصل 5 بخش A تا F قوانین پوشش داروهای تجویزی Medicare قسمت D را توضیح می دهد.
- اگر تصمیم ما برای پرداخت سهم خود از هزینه خدمات یا دارو منفی باشد، در نامه کتبی که به شما ارسال می کنیم دلایل خود را توضیح خواهیم داد. این نامه همچنین حاوی حقوق شما برای درخواست تجدید نظر خواهد بود.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات مربوط به پوشش به بخش D از فصل 9 مراجعه کنید.

D. تجدید نظرها

اگر فکر می کنید ما با رد درخواست شما برای دریافت پرداختی اشتباه کرده ایم، می توانید از ما بخواهید تصمیم خود را عوض کنیم. به این فرآیند درخواست تجدید نظر گفته می شود. همچنین می توانید در صورت عدم موافقت درباره مبلغی که ما پرداخت می کنیم درخواست تجدیدنظر کنید.

- همچنین می توانید در صورت عدم موافقت درباره مبلغی که ما پرداخت می کنیم درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر، به فصل 9 بخش D و E مراجعه کنید.
- اگر می خواهید برای دریافت بازپرداخت برای خدمات درمانی درخواست تجدید نظر کنید، به صفحه 164 مراجعه کنید.
- اگر می خواهید برای دریافت بازپرداخت برای دارو درخواست تجدید نظر کنید، به صفحه 179 مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما

مقدمه

در این فصل، شما از حقوق و مسئولیت های خود به عنوان یکی از اعضاء این طرح مطلع می گردید. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

- A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه ای که پاسخگوی نیازمندی های شما باشد 138
- B. مسئولین ما در کسب اطمینان در این زمینه که شما خدمات و داروهای تحت پوشش را به موقع دریافت کنید 144
- C. مسئولیت ما در محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات شخصی سلامتی (PHI) شما 145
- C1. ما چگونه از PHI شما محافظت می کنیم 145
- C2. مشاهده مدارک پزشکی تان از دیگر حقوق شما است 146
- C3. شما این حق را دارید از ما بخواهید که به شیوه خاصی با شما تماس بگیریم یا با آدرس دیگری مکاتبه کنیم 146
- C4. شما حق دارید از ما بخواهید آنچه را که استفاده می کنیم و به اشتراک می گذاریم محدود کنیم 146
- C5. شما حق دارید فرد دیگری را به عنوان نماینده خود انتخاب کنید 146
- D. مسئولیت ما در دادن اطلاعات به شما درباره طرح شما، ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه و خدمات تحت پوشش شما 146
- E. ارائه دهندگان خدمات شبکه نمی توانند مستقیماً برای شما صورت حساب بفرستند 147
- F. حق شما برای انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect ما 148
- G. حق شما برای تصمیم گرفتن درباره خدمات درمانی خود 148
- G1. حق شما برای اطلاع از گزینه های موجود درباره درمان خود و تصمیم گیری درباره خدمات سلامتی خود 148
- G2. حق شما برای درخواست از ما تا خدمات یا دارویی که از ارائه آن به شما اجتناب شده است یا معمولاً پوشش داده نمی شود را پوشش دهیم 149
- G3. در صورتی که از دستورالعمل های شما پیروی نشود چه باید کرد 149
- H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در مورد تصمیماتی که گرفته ایم 150
- H1. اگر حس کنید عدالت در مورد شما رعایت نشده است یا تمایل به کسب اطلاعات بیشتری در خصوص حقوقتان دارید چه باید بکنید 150
- I. مسئولیت های شما به عنوان یکی از اعضاء طرح 150



A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه ای که پاسخگوی نیازمندی های شما باشد

ما باید درباره مزایای طرح و حقوق شما به نحوی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع رسانی نمائیم. ما باید هر سالی که شما عضو طرح ما هستید درباره حقوق شما به شما اطلاع رسانی نمائیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که قابل درک می باشد، با مراقبت مشتری تماس بگیرید. در طرح ما افرادی هستند که می توانند پرسش های شما را به زبان های مختلف پاسخ دهند.

- طرح ما همچنین می تواند اطلاعات مورد نیاز شما را به فرمت های گوناگون شامل چاپ درشت، خط بریل، یا فایل صوتی در اختیار شما قرار دهد. مطالب به زبانهای ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره ای، لائوتی، مین، پنجابی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، ویتنامی موجود است:

- هم اکنون و در آینده می توانید یک درخواست دائمی برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی یا با فرمتی دیگر بدهید. برای درخواست، لطفاً با مراقبت مشتریان طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect تماس بگیرید.

- با مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care تماس بگیرید تا آنها زبان و فرمت ترجیحی شما را برای ارتباطات آینده بایگانی کنند. برای به روزرسانی ترجیحات خود، لطفاً با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

اگر کسب اطلاعات از طرح ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی برای شما دشوار است و می خواهید شکایت کنید، با Medicare به شماره تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می توانید به این شماره ها هر 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، به رایگان تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. در مواردی که بیمه درمانی، خدمات دریافتی شما را تأیید نکند، یا خدماتی را کاهش داده یا متوقف کند، و شما فکر می کنید که باید این خدمات را دریافت کنید، برای مزایای Medi-Cal، می توانید درخواست فرجام خواهی ایالتی نمایید. برای درخواست رسیدگی دولتی Medi-Cal و طرح شکایت، با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

- 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.
- 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



- 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 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 զանգահարել, 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 լուսն խնդրել, եթե առողջապահական



ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լսում 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.
 - 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 TTY 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 TTY 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 paaraang 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. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.
- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
 - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다.



Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.

- 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی Medi-Cal و تسلیم شکایت، با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឱ្យសំភារៈទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាន់រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរព្រាញ ឬថាសសំឡេងផងដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល, វៀតណាម, ចិន, អាមេរិក, រុស្ស៊ី, តាហ្គាឡុក, កូរ៉េ, ហ្វីលីពីន, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល, វៀតណាម, តាហ្គាឡុក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលសំភារៈជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ ជាន់



- این مورد شامل خدمات تحت پوشش متخصصین هم می شود.
 - اگر شما نتوانید در مدت زمان معقولی خدمات را دریافت کنید، ما باید برای دریافت خدمات به بخش های خارج از شبکه هزینه پرداخت کنیم.
 - شما از این حق برخوردار هستید که خدمات اضطراری یا درمانی که به آن نیاز فوری هست را بدون پیش تاییدیه دریافت کنید.
 - شما از این حق برخوردار هستید که نسخه خود را از هر یک از داروخانه های شبکه ما بدون تاخیر طولانی دریافت کنید.
 - شما از این حق برخوردار هستید که بدانید چه زمانی می توانید به ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه استفاده کنید. برای اطلاع از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه به بخش D از فصل 3 مراجعه نمایید.
 - به هنگام پیوستن به طرح ما و در صورت برآورده شدن برخی شروط خاص، شما از این حق برخوردار خواهید بود که ارائه دهندگان خدمات و تاییدیه های خدمات فعلی خود را کماکان تا 12 ماه حفظ نمایید. جهت آگاهی بیشتر درباره ارائه دهندگان خدمات و تاییدیه های خدمات، به بخش F از فصل 1 مراجعه کنید.
 - شما از این حق برخوردار هستید که برای مراقبت های درمانی خود تصمیم گیری کنید و از تیم مراقبتی و هدایتگر مراقبتی خود کمک بگیرید.
- در بخش های A و B از فصل 9 به شما گفته خواهد شد که اگر حس کنید خدمات و داروهای خود را در زمان قابل قبولی دریافت نمی کنید چه کاری می توانید انجام دهید. در بخش های E تا J از فصل 9 همچنین به شما اطلاع داده خواهد شد که اگر ما پوشش دادن خدمات یا داروهای شما را نپذیریم و شما با نظر ما موافق نباشید چه کاری می توانید انجام دهید.

C. مسئولیت ما در محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی سلامتی (PHI) شما

ما از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما طبق قوانین فدرال و ایالتی محافظت می کنیم.

PHI شما عبارت از اطلاعاتی می باشد که شما به هنگام ثبت نام در این طرح، در اختیار ما می گذارید. این همچنین شامل سوابق پزشکی و دیگر اطلاعات بهداشتی و درمانی شما می شود.

این حق شماست که مطلع باشید و چگونگی استفاده از PHI خود را کنترل کنید. ما به شما یک اطلاعیه ای کتبی می دهیم که حقوق شما را شرح و چگونگی محرمانه نگه داشتن PHI شما را نیز توضیح می دهد. این نامه "اطلاعیه حفظ حریم شخصی" نامیده می شود.

C.1. ما چگونه از PHI شما محافظت می کنیم

ما باید اطمینان حاصل کنیم که افراد غیرمجاز سوابق شما را مشاهده نکرده یا تغییر ندهند.

در اکثر مواقع، ما PHI شما را در اختیار اشخاصی که به شما خدمات درمانی ارائه نمی دهند یا هزینه آن را پرداخت نمی کنند نمی گذاریم. در صورت انجام چنین کاری، ما باید ابتدا از شما اجازه کتبی بگیریم. اجازه کتبی را شما یا شخصی که از جانب شما وکالت رسمی برای تصمیم گیری داشته باشد می تواند بدهد.

در برخی موارد خاص نیازی به کسب اجازه کتبی شما نیست. این موارد طبق قانون، مجاز یا لازم الاجرا هستند.

- ما موظف هستیم PHI شما را در اختیار بنگاه های دولتی بررسی کیفیت خدمات درمانی بگذاریم.



- ما موظف هستیم در صورت دریافت حکم دادگاه، PHI شما را افشا کنیم.
- ما موظف هستیم PHI شما را به Medicare ارائه دهیم. اگر Medicare برای تحقیقات یا موارد دیگر PHI شما را فاش کند، این کار طبق قوانین فدرال صورت می گیرد.

C2. مشاهده مدارک پزشکی تان از دیگر حقوق شما است

- شما از این حق برخوردار هستید که سوابق پزشکی خود را ببینید و نسخه ای از آن را برای خود نگه دارید. ما این اجازه را داریم که برای تهیه تصویرنامه سوابق پزشکی تان، مبلغی را از شما مطالبه کنیم.
- شما از این حق برخوردار هستید که از ما بخواهید سوابق پزشکی تان را تصحیح یا به روز کنیم. اگر از ما بخواهید چنین کاری انجام دهیم، ما با ارائه دهنده خدمات سلامتی شما همکاری می کنیم تا تصمیم بگیریم که اعمال تغییرات لازم است یا نه.
- شما این حق را دارید که بدانید آیا PHI شما با دیگران به اشتراک گذاشته شده است و چگونگی آن را بدانید با درخواست لیست یا حساب کردن زمان هایی که اطلاعات سلامتی شما را در مدت شش سال قبل از تاریخی که می پرسید با چه کسانی و چرا آن ها را به اشتراک گذاشته ایم. ما همه افشاگری ها را به جز موارد مربوط به درمان، پرداخت و مراقبت های بهداشتی و برخی افشاگری های دیگر (مانند مواردی که از ما خواسته اید انجام دهیم) را شامل خواهیم کرد. ما هر سال یک گزارش آماری به طور رایگان ارائه خواهیم داد، اما اگر ظرف 12 ماه گزارش آماری دیگری درخواست کنید، مبلغ معقولی را بابت هزینه ها از شما دریافت می کنیم.

C3. شما این حق را دارید از ما بخواهید که به شیوه خاصی با شما تماس بگیریم یا با آدرس دیگری مکاتبه کنیم

- شما حق درخواست ارتباط محرمانه را دارید.
- ممکن است به این درخواست شما پاسخ "منفی" دهیم، اما دلیل آن را ظرف 60 روز کتباً به شما خواهیم گفت.

C4. شما حق دارید از ما بخواهید آنچه را که استفاده می کنیم و به اشتراک می گذاریم محدود کنیم

- شما حق دارید از ما بخواهید که برخی اطلاعات سلامت مربوط به درمان، پرداخت یا عملیات هایمان را مورد استفاده یا اشتراک قرار ندهیم.
- ما ملزم به پذیرش درخواستان نیستیم و ممکن است چنانچه درخواست شما بر درمان تان اثر بگذارد، آن را نپذیریم.

C5. شما حق دارید فرد دیگری را به عنوان نماینده خود انتخاب کنید

- اگر به کسی وکالت مراقبت های بهداشتی داده اید یا کسی سرپرست قانونی شماست، آن فرد می تواند حقوق شما را مطالبه کند و درباره اطلاعات سلامت شما تصمیم بگیرد.

اگر درباره حریم خصوصی PHI خود سوال یا نگرانی دارید، با دفتر حریم خصوصی Blue Shield of California با شماره 1-888-266-8080 تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما در دادن اطلاعات به شما درباره طرح شما، ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه و خدمات تحت پوشش شما

شما به عنوان یکی از اعضاء طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect از این حق برخوردار هستید که از ما اطلاعات دریافت کنید. اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی کنید، ما برای پاسخگویی به پرسش هایی که ممکن است درباره طرح ما داشته باشید از



خدمات مترجم شفاهی برخوردار هستیم. برای درخواست مترجم شفاهی با شماره 1-855-905-3825 تماس بگیرید TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. کتابچه اعضاء و دیگر اطلاعات با اهمیت، به زبانهای غیر از انگلیسی در دسترس می باشند. همچنین می توان مطالب را به زبانهای ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره ای، لائوتی، مین، پنجابی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، ویتنامی تهیه کرد. ما می توانیم اطلاعات را به خط بریل، چاپ بزرگ تر و یا قالب صوتی هم به شما ارائه دهیم.

در صورت نیاز به کسب اطلاع درباره هر یک از موارد زیر با مرکز مراقبت مشتری تماس بگیرید:

- چگونگی انتخاب یا تغییر طرح ها
- طرح ما، از جمله:
 - اطلاعات مالی
 - نظر اعضای طرح نسبت به ما
 - تعداد درخواست های تجدید نظر اعضاء
 - روش ترک بیمه ما
- ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شبکه، شامل موارد زیر:
 - روش انتخاب یا تغییر ارائه دهندگان مراقبت های اولیه خود
 - ویژگی های ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شبکه ما
 - چگونگی پرداخت هزینه ها توسط ما به ارائه دهندگان خدمات شبکه
- خدمات و داروهای تحت پوشش و مقرراتی که باید پیروی کنید، از جمله:
 - خدمات و داروهای تحت پوشش طرح
 - محدودیت های موجود برای پوشش و داروهای شما
 - مقرراتی که برای تحت پوشش ماندن خدمات و داروهای خود باید پیروی کنید
- اینکه چرا برخی اقلام و گزینه های شما تحت پوشش نیست و اینکه در برخورد با چنین مشکلاتی چکار می توانید انجام دهید، از جمله درخواست از ما برای:
 - اینکه کتباً توضیح دهیم چرا این اقلام را پوشش نمی دهیم
 - اینکه تصمیمی را که گرفته ایم تغییر دهیم
 - هزینه صورتحسابی که دریافت کرده اید را پرداخت کنیم

E. ارائه دهندگان خدمات شبکه نمی توانند مستقیماً برای شما صورت حساب بفرستند

پزشکان، بیمارستان ها، و دیگر ارائه کنندگان خدمات شبکه ما نمی توانند شما را وادار به پرداخت هزینه برای خدمات تحت پوشش بکنند. همچنین بابت این که ما به ارائه کنندگان خدمات کم تر از آنچه مطالبه کرده پرداخت کرده ایم، نمی توانند از شما بخواهند مبلغی پرداخت

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

کنید. جهت این که بدانید اگر سرویس دهندگان شبکه سعی کنند از شما برای خدمات تحت پوشش مبلغی مطالبه کنند چه باید بکنید، به فصل 7 مراجعه کنید

F. حق شما برای انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect ما

در صورت عدم تمایل، کسی نمی تواند شما را به ماندن در طرح ما مجبور نماید.

- شما از این حق برخوردار هستید که اکثر خدمات درمانی خود را از طریق Original Medicare یا یک برنامه Medicare Advantage دریافت کنید.
- شما می توانید مزایای داروهای تجویز شده بخش D از Medicare را از یک طرح داروهای تجویزی یا یک طرح Medicare Advantage دریافت کنید.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می توانید به یک برنامه Medicare Advantage یا داروهای تجویزی جدید بپیوندید، به فصل 10 مراجعه کنید.
- مزایای Medi-Cal شما همواره طبق یک بیمه درمانی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مورد انتخاب شما ارائه خواهند شد، مگر آن که شما بیمه درمانی دیگری که در این کشور موجود هست را انتخاب کنید.

G. حق شما برای تصمیم گرفتن درباره خدمات درمانی خود

G1. حق شما برای اطلاع از گزینه های موجود درباره درمان خود و تصمیم گیری درباره خدمات سلامتی خود

شما از این حق برخوردار هستید که اطلاعات کاملی درباره پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامتی خود به هنگام دریافت خدمات داشته باشید. ارائه دهندگان خدمات شما باید بیماری و گزینه های درمانی شما را به نحوی که برای شما قابل درک باشد توضیح دهند. شما از این حقوق برخوردار هستید:

- **آشنایی با گزینه های خود.** شما از این حق برخوردار هستید که از همه انواع درمان مطلع شوید.
- **آشنایی با خطرات.** شما از این حق برخوردار هستید که از همه خطرات موجود مطلع شوید. اگر خدمات یا درمانهایی که به شما ارائه می شود بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی باشد، باید از پیش به شما اطلاع داده شود. شما از این حق برخوردار هستید که از همه انواع درمان مطلع شوید.
- **درخواست برای یک نظر دوم.** شما از این حق برخوردار هستید که پیش از تصمیم گیری در خصوص درمان به پزشک دیگری نیز مراجعه کنید.
- **"نه بگویید."** شما حق رد کردن هرگونه درمان را دارید. این شامل حق ترخیص داوطلبانه از بیمارستان یا دیگر تسهیلات پزشکی می شود، حتی اگر پزشک تان به شما توصیه کند که چنین کاری نکنید. شما از این حق برخوردار هستید که هر درمانی را نپذیرید. اگر درمان خاصی را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده ای را متوقف کنید، از طرح درمانی ما محروم نخواهید شد. در هر حال، اگر نوعی درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده ای را متوقف کنید، مسئولیت کامل عواقب آن با خودتان خواهد بود.
- **توضیح خواستن از ما درباره علت رد ارائه خدمات توسط یک ارائه دهنده خدمات.** در هر حال، اگر نوعی درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده ای را متوقف کنید، مسئولیت کامل عواقب آن با خودتان خواهد بود.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 3825-95-855-1

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



- شما می توانید از ما بخواهید که خدمات یا دارویی که از ارائه آن به شما اجتناب شده است یا معمولاً پوشش داده نمی شود را پوشش دهیم. به این فرآیند اتخاذ تصمیم درباره پوشش دادن گفته می شود. در فصل 9 بخش E،D و E چگونگی ارسال درخواست تعیین میزان پوشش توضیح داده شده است.

G2. حق شما برای درخواست از ما تا خدمات یا دارویی که از ارائه آن به شما اجتناب شده است یا معمولاً پوشش داده نمی شود را پوشش دهیم

گاهی اوقات افراد نمی توانند درباره خدمات درمانی خود تصمیم بگیرند. پیش از آن که چنین موردی برای شما پیش بیاید، می توانید:

- یک فرم کتبی پر کنید که طبق آن به شخصی این حق را بدهید که درباره خدمات درمانی شما تصمیم بگیرد.
 - به پزشکان خود یک دستورالعمل کتبی بدهید درباره این که اگر قادر به تصمیم گیری درباره خدمات درمانی خود نبودید چگونه می خواهید در اینبار عمل کنند.
- مدرک حقوقی که می توانید در آن دستورالعمل های خود را بدهید رهنمون از پیش تهیه شده گفته می شود. رهنمون های از پیش تهیه شده انواع و عناوین گوناگونی دارند. نمونه هایی از این مدارک عبارتند از: وصیت نامه، و وکالت نامه برای امور مربوط به سلامت و درمان. شما الزامی به استفاده از رهنمون از پیش تهیه شده ندارید، ولی در صورت تمایل می توانید چنین کاری بکنید. آنچه باید انجام دهید:

- تهیه فرم. شما می توانید فرم را از پزشک خود، یک وکیل، بنگاه خدمات حقوقی، یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. سازمان هایی که به افراد اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal ارائه می دهند، مانند برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (HICAP) نیز ممکن است فرم رهنمون از پیش تهیه شده را داشته باشند. شما همچنین می توانید برای درخواست فرم ها با مراقبت مشتری تماس بگیرید.
- فرم را تکمیل کرده و امضاء نمائید. این فرم یک مدرک حقوقی است. بهتر است برای تکمیل این فرم از یک وکیل کمک بخواهید.
- دادن نسخه ای از فرم به افرادی که باید از آن مطلع باشند. باید یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. باید یک نسخه هم به شخصی که به عنوان تصمیم گیرنده از جانب خود معرفی کرده اید بدهید. ممکن است بخواهید به دوستان نزدیک و اعضای خانواده خود نیز یک نسخه از آن را بدهید. یک نسخه از آن را حتماً در خانه خود نگهداری کنید.
- اگر قرار است بستری شوید و رهنمون از پیش تهیه شده ای را آماده کرده اید، نسخه ای از آن را با خود به بیمارستان ببرید.

○ در بیمارستان از شما خواهند پرسید که آیا فرم رهنمون از پیش تهیه شده دارید و آیا نسخه ای از آن را همراه خود دارید.

○ اگر فرم رهنمون از پیش تهیه شده نداشته باشید، بیمارستان این فرم را دارد و از شما خواهند پرسید که فرم می خواهید یا خیر.

به خاطر داشته باشید، اختیار پر کردن فرم رهنمون از پیش تهیه شده با شما است.

G3. در صورتی که از دستورالعمل های شما پیروی نشود چه باید کرد

اگر دستورالعمل قبلی را امضا کرده اید و معتقد هستید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل های موجود در آن را رعایت نکرده است، می توانید برای برنامه Livanta BFCC-QIO، سازمان بهبود کیفیت (QIC)، برای ایالت California با این شماره شکایت کنید، 1-855-887-6668 یا TTY: 711 1123-588-877-1.



H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در مورد تصمیماتی که گرفته ایم

در فصل 9 بخش D تا F درباره آنچه که به هنگام مواجهه با مشکل یا نگرانی بابت خدمات مراقبتی تحت پوشش خود می توانید انجام دهید اطلاعاتی مطرح شده است. به طور مثال، شما می توانید از ما بخواهید درباره پوشش موردی تصمیم بگیریم، برای تغییر تصمیم درباره پوشش موردی درخواست تجدید نظر کنید، یا شکایت کنید.

شما از این حق برخوردار هستید که درباره تجدید نظر و شکایت هایی که دیگر اعضاء بیمه ما ارائه کرده اند اطلاعات بخواهید. برای کسب این اطلاعات با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

H1. اگر حس کنید عدالت در مورد شما رعایت نشده است یا تمایل به کسب اطلاعات بیشتری در خصوص حقوقتان دارید چه باید بکنید

چنانچه اعتقاد دارید حقوق شما رعایت نشده است — بنابر دلایل آمده در صفحه در فصل 11 موضوع تبعیض نیست — یا چنانچه تمایل به دریافت اطلاعات بیشتر در خصوص حقوق خود دارید، می توانید با برقراری تماس با مرکز زیر کمک دریافت کنید:

- مراقبت مشتریان:
- برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). جهت جزئیات بیشتر و چگونگی تماس با این سازمان به بخش E فصل 2 مراجعه نمایید.
- Cal MediConnect Ombuds Program. جهت جزئیات بیشتر و چگونگی تماس با این سازمان به بخش I فصل 2 مراجعه نمایید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (شما همچنین می توانید "Medicare Rights & Protections" (حقوق و حمایت های Medicare) را در وبسایت Medicare به نشانی زیر خوانده یا دانلود نمایید
(www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. مسئولیت های شما به عنوان یکی از اعضاء طرح

به عنوان یکی از اعضاء این بیمه درمانی، شما وظیفه دارید موارد فهرست شده در زیر را انجام دهید. اگر پرسشی دارید، با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

- **دفترچه اعضا را مطالعه کنید و ببینید که چه مواردی تحت پوشش هستند و چه قوانینی را باید برای بهره مند شدن از پوشش خدمات و داروها رعایت کنید.** برای کسب جزئیات درباره:
 - خدمات تحت پوشش، به فصل 3 و 4 رجوع کنید. در این فصل ها به شما گفته شده است که چه مواردی پوشش داده می شوند، از چه مقرراتی باید پیروی کنید، و چقدر باید پرداخت کنید.
 - داروهای تحت پوشش، به فصل 5 و 6 رجوع کنید.
- **اگر بیمه پوشش درمانی و دارویی دیگری دارید به ما اطلاع دهید.** ما موظف هستیم مطمئن شویم که شما از همه گزینه های تحت پوشش بیمه درمانی به هنگام دریافت خدمات درمانی خود استفاده کنید. در صورتی که پوشش بیمه ای دیگری دارید، لطفاً با مراقبت مشتری تماس بگیرید.



- **به پزشک خود و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامتی بگویید** که عضو بیمه درمانی ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا دارو کارت شناسایی عضویت خود را نشان بدهید.
- **با کمک به پزشک و ارائه دهندگان خدمات سلامتی خود کمک کنید** تا بهترین خدمات مراقبتی را به شما ارائه دهند.
 - اطلاعاتی که لازم است درباره شما و سلامت شما بدانند را به آنها بدهید. تا حد ممکن با مشکلات سلامتی خود آشنا شوید. از برنامه های درمانی و دستورالعمل هایی که با سرویس دهنده خود در مورد آنها توافق کرده اید پیروی کنید.
 - مطمئن شوید که پزشکان و ارائه دهندگان خدمات شما درباره همه داروهایی که مصرف می کنید مطلع باشند. این شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامین ها، و داروهای کمکی می شود.
 - اگر پرسشی دارید حتماً بپرسید. پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات باید مسائل را به روشی که برای شما قابل درک باشد توضیح دهند. اگر سوالی بپرسید و پاسخ آن را متوجه نشوید، دوباره بپرسید.
- **باملاحظه باشید.** ما از همه اعضاء خود انتظار داریم به حقوق بیماران دیگر احترام بگذارند. همچنین از شما انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان ها، و دیگر مراکز ارائه دهنده خدمات رفتار محترمانه ای داشته باشید.
- **بدهی و هزینه های خود را پرداخت کنید.** به عنوان یکی از اعضای بیمه، شما موظف به پرداخت برای موارد زیر هستید:
 - تعرفه قابل پرداخت طرح های بخش A از Medicare و بخش B Medicare. Medi-Cal حق بیمه بخش A و بخش B را برای اکثر اعضای بیمه درمانی طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect پرداخت می کند.
 - برای دریافت برخی از خدمات یا حمایت های طولانی مدت شما یا داروهایی که تحت پوشش طرح بیمه هستند، لازم است که در زمان دریافت خدمات یا دارو، سهم خود را پرداخت نمایید. این مبلغ، پرداخت مشترک (مبلغ ثابت) یا بیمه مشترک (درصدی از کل هزینه) است. در فصل 4 درباره آنچه که باید برای داروهای خود پرداخت کنید توضیح داده شده است. در بخش D فصل 6 درباره آنچه که باید برای داروهای خود پرداخت کنید توضیح داده شده است.
 - **اگر خدمات و داروهایی دریافت کنید که تحت پوشش بیمه ما نباشند، خودتان باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید.** اگر با تصمیم ما برای پوشش ندادن خدمات یا دارویی مخالف باشید، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. لطفاً برای یادگیری نحوه درخواست تجدیدنظر به فصل 9، بخش های D تا J مراجعه کنید.
- **در صورت نقل مکان به ما اطلاع دهید.** اگر قرار است نقل مکان کنید بسیار مهم است که فوراً به ما اطلاع دهید. با مراقبت مشتریان تماس بگیرید.
- **در صورت خارج شدن از محدوده تحت پوشش خدمات ما، دیگر نمی توانید عضو این بیمه باشید.** فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند عضو طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect شوند. در بخش D فصل 1 اطلاعاتی درباره محدوده تحت پوشش ذکر شده است.
- ما می توانیم به شما کمک کنیم که بدانید به محدوده داخل یا خارج از حوزه تحت پوشش ما نقل مکان می کنید یا خیر. طی زمان محدودی در زمان آغاز عضویت در طرح، می توانید در محل زندگی جدید خود، به خدمات اصلی سلامتی و دارویی Medicare بازگشت کنید. ما می توانیم شما را در جریان پوشش یا عدم پوشش در ناحیه شما قرار دهیم.

- همچنین، فراموش نکنید که باید نشانی جدید خود را بعد از نقل مکان به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. جهت شماره تلفن های Medicare و Medi-Cal به بخش های G و H فصل 2 مراجعه کنید.
- در صورت نقل مکان به منطقه ای داخل محدوده تحت پوشش ما، باز هم باید به ما اطلاع دهید. ما باید سوابق عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
- اگر پرسش یا مشکلی دارید برای کمک گرفتن با مراقبت مشتری تماس بگیرید.



فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد؟ (تعیین میزان پوشش، تجدیدنظر، شکایات)

مقدمه

در این فصل اطلاعات مربوط به حقوق شما گنجانده شده است. اگر در موارد زیر مشکلاتی برای شما ایجاد شده است، این فصل را بخوانید:

- دشواری یا شکایتی درباره طرح پوشش بیمه خود دارید.
- به خدمات، اقلام یا داروهایی نیاز دارید که طرح ما اعلام کرده که هزینه آن را پرداخت نمی کند.
- با تصمیمی که طرح شما درباره مراقبت های شما گرفته شده است موافق نیستید.
- به نظر شما خدمات تحت پوشش شما زودتر از موقع باطل می شود.
- شما مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت های بلندمدت خدمات اجتماع محور بزرگسالان (CBAS) و (خدمات مراکز پرستاری) (NF) دارید.

اگر دشواری یا نگرانی دارید، فقط بخش های مربوطه در این فصل را بخوانید. این فصل به بخش هایی تقسیم شده که بتوانید به سادگی مطالب مورد نظر خود را بیابید.

اگر درباره سلامت خود یا پشتیبانی و خدمات درازمدت با مشکلی روبرو هستید

شما باید آندسته مراقبتهای سلامتی، داروها و خدمات و پشتیبانی های درازمدتی را دریافت کنید که به تشخیص پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات برای مراقبت های شما به عنوان بخشی از طرح مراقبتی خود ضروری می باشد. اگر برای دسترسی به خدمات مربوطه مشکلی داشتید، می توانید با برنامه **Cal MediConnect Ombuds** با شماره **1-855-501-3077** تماس بگیرید. در این فصل گزینه های گوناگون برای حل مشکلات و شکایات شما توضیح داده شده است، ولی شما کماکان می توانید برای کمک و راهنمایی با **Cal MediConnect Ombuds Program** تماس بگیرید. جهت دریافت منابع اضافی برای رفع نگرانی های خود و راه های ارتباط با آنها، برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد برنامه های بازرسان، فصل 2 را مطالعه کنید.

فهرست مطالب

- A. در صورت بروز مشکل چه باید بکنید..... 156
- A1. درباره اصطلاحات حقوقی..... 156
- B. برای درخواست کمک با کجا تماس بگیریم..... 156
- B1. از کجا می توان اطلاعات و کمک بیشتر دریافت کرد..... 156
- C. مشکلات مربوط به مزایای شما..... 157
- C1. استفاده از این فرایند برای تصمیم گیری ها و تجدیدنظرها یا برای طرح شکایت..... 157
- D. تصمیم گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر..... 158



- D1. نظر اجمالی به تصمیم درباره پوشش تجدید نظرها 158
- D2. دریافت کمک در رابطه با تصمیم درباره پوشش و تجدید نظرها 158
- D3. استفاده از بخشی از این فصل که به شما کمک می کند 159
- E. مشکلات مربوط به خدمات، اقلام، و داروها (نه داروهای قسمت D) 160
- E1. چه هنگام از این بخش استفاده کنیم 160
- E2. درخواست تصمیم درباره پوشش 161
- E3. مرحله 1 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای داروهای بخش D) 164
- E4. مرحله 2 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای داروهای بخش D) 167
- E5. مشکلات در زمینه پرداخت 172
- F. داروهای بخش D 173
- F1. در صورت داشتن مشکل برای تهیه داروهای بخش D یا اگر که بخواهید ما برای داروهای بخش D به شما بازپرداخت کنیم 173
- F2. استثناء چیست؟ 175
- F3. اطلاعات مهم در رابطه با درخواست استثناء قائل شدن 175
- F4. چه گونه می توان برای یک داروی بخش D یا بازپرداخت برای یک داروی بخش D، از جمله استثناء واقع شدن درخواست یک تصمیم پوشش ارائه کرد 176
- F5. مرحله 1 تجدیدنظر برای داروهای بخش D 179
- F6. مرحله 2 تجدید نظر برای داروهای بخش D 181
- G. درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان 182
- G1. کسب اطلاع در زمینه حقوق Medicare خود 182
- G2. مرحله 1 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان 183
- G3. مرحله 2 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان 185
- G4. اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر ندهید، چه باید کرد؟ 186
- H. اگر فکر می کنید که خدمات مراقبت های خانگی، مراقبت های پرستاران ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی شما زودتر از زمان بهبودی شما پایان می یابد، چه باید کرد 188



- H1. ما پیشاپیش متوقف کردن پوشش شما را به شما اعلام خواهیم کرد 188
- H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه مراقبت های خود 188
- H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای ادامه مراقبت های خود 190
- H4. اگر پیش از زمان مهلت مقرر مرحله 1، درخواست تجدیدنظر ندهید چه اتفاقی می افتد؟ 191
- I. درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2 193
- I1. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medicare 193
- I2. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medi-Cal 193
- J. چگونه می توان شکایت کرد 194
- J1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد 194
- J2. شکایت های داخلی 195
- J3. شکایت های خارجی 196



A. در صورت بروز مشکل چه باید بکنید

این فصل به شما می گوید که اگر مشکلی با طرح خود یا با خدمات یا پرداخت ها دارید چه باید بکنید. Medi-Cal و Medicare این رویه ها را تأیید کرده اند. هر یک از این روندها دارای قوانین، رویه و مهلت مقرر مربوط به خود است و باید توسط ما و شما رعایت شود.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل تعدادی اصطلاحات حقوقی پیچیده برای برخی از قوانین و مهلت های مقرر موجود است. فهم بسیاری از این اصطلاحات می تواند دشوار باشد، و به همین دلیل برای برخی اصطلاحات قانونی از واژه های ساده تری استفاده کرده ایم. تا حد امکان از استفاده از مخفف خودداری کرده ایم.

به عنوان مثال ما از واژه های زیر استفاده کرده ایم:

- "شکایت کردن" به جای "تنظیم درخواست"
- "تصمیم گیری درباره میزان پوشش" به جای "تعیین تعرفه سازمانی" یا "تعیین تعرفه مزایا"، "تعیین تعرفه تحت خطر"، یا "تعیین تعرفه پوشش"
- "تصمیم گیری سریع درباره میزان پوشش" به جای "تسریع تعیین تعرفه"

دانستن اصطلاحات حقوقی شما را برای برقراری ارتباط بهتر یاری می دهد و به همین منظور این اصطلاحات نیز ذکر شده است.

B. برای درخواست کمک با کجا تماس بگیریم

B1. از کجا می توان اطلاعات و کمک بیشتر دریافت کرد

گاهی اوقات آغاز یا دنبال کردن روند حل مشکلات می تواند پیچیده باشد. بویژه اگر حالتان خوب نباشد یا انرژی نداشته باشید. گاهی نیز ممکن است اطلاع لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

شما می توانید از Cal MediConnect Ombuds Program کمک بگیرید

اگر به کمک نیاز دارید، می توانید به Cal MediConnect Ombuds Program تلفن کنید. Cal MediConnect Ombuds Program یک برنامه بازرسی می باشد که می تواند به پرسش های شما پاسخ دهد و به شما کمک کند که درباره چگونگی حل مشکلات خود اطلاعات بیشتری کسب کنید. Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های پوششی ارتباطی ندارد. آنها می توانند به شما در درک این که از چه فرآیندی استفاده کنید کمک کنند. شماره تلفن تماس برنامه Cal MediConnect Ombuds عبارت است از 1-855-501-3077. این خدمات رایگان هستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره برنامه های بازرسی به فصل 2 مراجعه کنید.

می توانید از Health Insurance Counseling و Advocacy Program کمک بخواهید

می توانید به برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP) تلفن کنید. مشاوران HICAP همچنین می توانند به سوال های شما پاسخ دهند و در درک آنچه که باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید کمک کنند. HICAP با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. HICAP در همه شهرها مشاورین آموزش دیده ای دارد و این خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP عبارت از 1-800-434-0222 می باشد.

دریافت کمک از Medicare

برای حل مشکلات می توانید مستقیماً با Medicare تماس بگیرید. دو راه برای کمک گرفتن از Medicare وجود دارد:

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

- در 24 ساعت شبانهروز و در 7 روز هفته، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- TTY: 1-877-486-2048. این تماس رایگان است.

- به وبسایت Medicare به آدرس www.medicare.gov مراجعه کنید.

می توانید از اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا کمک بخواهید

در این پاراگراف منظور از "شکوائیه" درخواست تجدید نظر یا شکایت از خدمات Medi-Cal، طرح سلامت خود، یا یکی از ارائه کنندگان خدمات می باشد.

بخش مراقبت های بهداشتی مدیریتی California مسئول تنظیم طرح های خدمات مراقبت سلامت می باشد. اگر علیه بیمه درمانی خود شکوائیه ای دارید، باید پیش از تماس با این اداره ابتدا با خود بیمه با شماره تلفن **1-855-905-3825 (TTY: 711)** تماس بگیرید و از فرآیند طرح شکوائیه بیمه خود پیروی کنید. استفاده از روند طرح شکایت مذکور، شما را از حقوق قانونی یا جبران خسارت هایی که شامل حالتان می شود، محروم نخواهد کرد. اگر در ارتباط با مواردی از قبیل اعتراض مرتبط با یک مورد اورژانسی، اعتراضی که بصورت رضایتبخش از سوی طرح شما به سامان نرسیده، و یا مواردی که اعتراض شما به مدت بیش از 30 روز بدون راه حل مانده نیاز به کمک دارید می توانید برای راهنمایی با اداره ما تماس بگیرید. شما همچنین ممکن است واجد شرایط یک بازبینی مستقل پزشکی (IMR) نیز باشید. اگر برای IMR واجد شرایط هستید، روند IMR یک بررسی بی طرفانه از تصمیمات پزشکی گرفته شده توسط یک طرح سلامتی در زمینه ضرورت پزشکی ارائه خدمات یا درمان های پیشنهادی، تصمیمات پوشش برای درمان هایی که تجربی بوده یا از ماهیتی تحقیقی برخوردار هستند و اختلافات در زمینه پرداخت برای خدمات پزشکی اورژانسی و فوریتی را در اختیار شما قرار می دهد. این سازمان دارای یک خط تلفن رایگان به شماره **(1-888-466-2219)** و یک خط TDD به شماره **(1-877-688-9891)** برای اشخاصی می باشد که به مشکلات شنوایی یا گفتاری مبتلا هستند. وبسایت اینترنتی سازمان به آدرس www.dmhc.ca.gov حاوی فرم های شکایت، فرم های درخواست IMR و دستورالعمل های آنلاین است.

C. مشکلات مربوط به مزایای شما

C1. استفاده از این فرایند برای تصمیم گیری ها و تجدیدنظرها یا برای طرح شکایت

اگر دشواری یا نگرانی دارید، فقط بخش های مربوطه در این فصل را بخوانید. برای یافتن فصل مربوط به مشکل یا شکایت خود به جدول زیر مراجعه کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا یا پوشش شما است؟	
(این شامل مشکلاتی می شود درباره این که آیا خدمات پزشکی، خدمات و حمایت های درازمدت، یا داروهای تجویزی خاص تحت پوشش هستند، اگر هستند تحت چه قوانینی، و همچنین شامل مشکلات مربوط به هزینه های درمان یا داروهای تجویزی است.)	
بله. مشکل من در رابطه با مزایا یا پوشش بیمه ای نیست. به بخش D مراجعه کنید: "تصمیمات و تجدیدنظرهای پوشش" در صفحه 158.	خیر. مشکل من در رابطه با مزایا یا پوشش بیمه ای نیست. با صرف نظر از این بخش به بخش J بروید: "نحوه ارائه شکایت" در صفحه 194.

D. تصمیم گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر**D1. نظر اجمالی به تصمیم درباره پوشش تجدید نظر**

روند درخواست برای تصمیم گیری در مورد میزان پوشش و برای درخواست تجدید نظر، به مشکلات مزایا و میزان پوشش شما ارتباط دارد. همچنین به مشکلات پرداختی هم می پردازد. شما هیچ مسئولیتی برای پرداخت هزینه های Medicare ندارید مگر در موارد تعرفه های پرداخت مشترک برای داروهای گروه D.

تصمیم گیری درباره میزان پوشش چیست؟

تصمیم پوشش یک تصمیم اولیه است درباره مزایای و پوشش شما یا درباره مبلغی که برای خدمات و اقلام درمانی یا داروهای شما بپردازیم. هرگاه تصمیمی گرفته می شود که چه چیزی تحت پوشش است یا چه مبلغی به شما پرداخت می گردد، در حقیقت تصمیم گیری درباره میزان پوشش صورت گرفته است.

اگر شما یا پزشک معالج شما درباره خدمات، اقلام یا داروهای تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal اطمینان ندارید، هر یک از شما می توانید پیش از ارایه این خدمات، اقلام یا داروها توسط پزشک، درخواست تصمیم گیری درباره میزان پوشش ارسال نمایید.

درخواست تجدیدنظر چیست؟

درخواست تجدید نظر یک درخواست رسمی از ما برای بازنگری در تصمیمی است که اتخاذ کرده ایم، اگر که احساس می کنید ما اشتباهی مرتکب شده ایم. مثلاً ممکن است ما تصمیم بگیریم که خدمات، وسایل یا داروهایی که شما می خواهید دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیستند. اگر شما یا پزشک شما با تصمیم ما مخالف باشید، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

D2. دریافت کمک در رابطه با تصمیم درباره پوشش و تجدید نظر

برای کمک گرفتن جهت تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر با چه کسی می توان تماس گرفت؟

شما می توانید از هر یک از این منابع درخواست کمک کنید:

- با **مراقبت مشتریان** به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711)، تماس بگیرید.
- برای دریافت کمک رایگان با **Cal MediConnect Ombuds Program** تماس بگیرید. Cal MediConnect Ombuds Program به افرادی که در Cal MediConnect ثبت نام کرده اند در زمینه مشکلات مربوط به خدمات و یا صدور صورت حساب کمک می کند. شماره تلفن این برنامه 1-855-501-3077 می باشد.
- برای دریافت کمک رایگان با **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** تماس بگیرید. HICAP یک سازمان مستقل می باشد. این سازمان با این طرح هیچ گونه ارتباطی ندارد. شماره تلفن این سازمان عبارت از 1-800-434-0222 می باشد.
- برای کمک رایگان با **مرکز راهنمایی در بخش مراقبت های بهداشتی مدیریتی شده (DMHC)** تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر طرح های بیمه درمانی می باشد. DMHC به افرادی که از اعضاء Cal MediConnect هستند در رابطه با درخواست تجدید نظر درباره خدمات Medi-Cal یا مشکل با صورت حساب ها کمک می کند. شماره تلفن تماس 1-888-466-2219 می باشد. افرادی ناشنوا، کم شنوا، یا دچار مشکل گفتاری هستند می توانند از شماره رایگان TDD 1-877-688-9891 تماس بگیرید.
- با **پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات خود صحبت کنید**. پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات شما می توانند از طرف شما درخواست یک تصمیم پوشش یا درخواست یک تجدید نظر را مطرح کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



- با یک دوست یا عضو خانواده صحبت کنید و از وی بخواهید که از طرف شما اقدام کند. می توانید از شخص دیگری درخواست کنید که بعنوان "نماینده" از جانب شما درخواست تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر کنند.

○ اگر مایل هستید که دوست، بستگان یا شخص دیگری نماینده شما باشد، با مراقبت مشتری تماس بگیرید و درخواست فرم "معرفی نماینده" کنید. همچنین می توانید فرم را با مراجعه به نشانی زیر تهیه کنید www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. این فرم به شخص دیگری اجازه می دهد تا از جانب شما اقدام کند. باید یک کپی از فرم امضاء شده را برای ما ارسال کنید.

- شما همچنین از این حق برخوردار هستید که از یک وکیل بخواهید نماینده شما بشود. می توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا از کانون وکلای محلی یا هر خدمات ارجاعی دیگر استفاده کنید. برخی از گروه های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن شما، خدمات رایگان ارایه می دهند. اگر مایل هستید که یکی از وکلا نماینده شما باشد، باید فرم معرفی نماینده را پر کنید. می توانید با استفاده از شماره تلفن 1-888-804-3536 از Health Consumer Alliance درخواست وکیل حقوقی کنید.

- با این وجود، برای درخواست تصمیم گیری میزان پوشش یا برای درخواست تجدید نظر اجباری برای داشتن وکیل ندارید.

D3. استفاده از بخشی از این فصل که به شما کمک می کند

در چهار مورد درخواست تصمیم گیری میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر صادق است. هر یک از این موارد قوانین و مهلت مقرر خاص خود را دارد. شما این فصل را به قسمت های مختلفی تقسیم می کنیم تا شما براحتی بتوانید قوانینی که باید رعایت کنید را پیدا کنید. تنها کافیسست بخشی که مربوط به مشکل شما می شود را بخوانید:

- اگر درباره خدمات، اقلام و داروها (به جز داروهای بخش D) با مشکل مواجه شدید، به بخش E در صفحه 171 مراجعه کنید. مثلاً از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:
 - شما مراقبت های پزشکی که می خواهید را دریافت نمی کنید، و شما معتقدید که طرح ما این مراقبت را پوشش می دهد.
 - ما خدمات، اقلام و داروهایی که پزشک معالج شما می خواهد برای شما تجویز کند را مورد تایید قرار نداده ایم، و شما معتقدید که این موارد باید تحت پوشش باشند.
- توجه: فقط در صورتی از داروهای E استفاده کنید که این داروها شامل قسمت D نمی شوند. داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش، که همچنین به عنوان فهرست دارویی با "NPD" شناخته می شوند، تحت قسمت D قرار نمی گیرند. به بخش F در صفحه 173 برای تجدید نظر در مورد داروی قسمت D مراجعه کنید.
 - شما مراقبت ها و خدماتی را دریافت کرده اید که معتقدید باید تحت پوشش باشد ولی ما هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.
 - خدمات درمانی دریافت کرده اید و هزینه آن را پرداخت کرده اید با این فرض که این خدمات تحت پوشش هستند، و درخواست بازپرداخت از ما دارید.
 - مطلع شده اید که طرح پوشش شما کاهش یافته یا قطع می شود و با این تصمیم ما موافق نیستید.

– **توجه:** اگر پوشش قطع شده برای مراقبت های بیمارستانی، مراقبت های خانگی، تسهیلات پرستاری ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی (CORF) است، باید به بخش دیگری از این فصل مراجعه نمایید چون قوانین ویژه ای برای این نوع خدمات وجود دارد. به بخش های G و H در صفحات 182 و 188 مراجعه فرمایید.

• **بخش F در صفحه 173** اطلاعاتی درباره داروهای بخش D ارائه داده است. مثلاً از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:

- شما می خواهید از ما درخواست کنید که برای یک داروی بخش D که در فهرست داروها نیست استثناء قائل شویم.
- می خواهید درخواست کنید که سقف میزان داروهای شما را برداریم.
- می خواهید درخواست کنید که دارویی را تحت پوشش قرار دهیم که نیاز به تایید قبلی دارد.
- درخواست شما یا مورد استثناء را تایید نکرده ایم و شما، پزشک معالج شما یا دیگر تجویزکنندگان معتقدند که باید تایید می کردیم.
- می خواهید برای داروی تجویز شده ای که خریداری کرده اید درخواست بازپرداخت کنید. (این به مفهوم درخواست تصمیم گیری میزان پوشش برای بهای داروها است.)
- اگر فکر می کنید پزشک شما را خیلی زود از بیمارستان مرخص کرده است، جهت اطلاع درباره نحوه درخواست از ما برای پوشش حضور بیشتر بیمار در بیمارستان به **بخش G در صفحه 182** مراجعه کنید. از این بخش می توانید برای موارد زیر استفاده کنید:

- در بیمارستان هستید و معتقدید پزشک معالج شما زودتر از موعد مقرر از شما خواسته که بیمارستان را ترک کنید.

• **بخش H در صفحه 188** به شما اطلاعاتی درباره زمانی ارائه می دهد که متعقد باشید خدمات مراقبت در منزل شما، خدمات مراقبتی تسهیلات پرستاری حرفه ای، و خدمات تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل (CORF) پیش از موقع به اتمام می رسند.

اگر مطمئن نیستید از چه بخشی باید استفاده کنید، لطفاً با مرکز مراقبت مشتری با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

اگر به راهنمایی یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

E. مشکلات مربوط به خدمات، اقلام، و داروها (نه داروهای قسمت D)

E1. چه هنگام از این بخش استفاده کنیم

این بخش درباره چگونگی برخورد با مشکلات مربوط به خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، و خدمات و حمایت های درازمدت (LTSS) می باشد. شما می توانید از این بخش در رابطه با مسائل مربوط به داروهایی که طبق بخش D، از جمله داروهای Medicare بخش B که پوشش داده نمی شوند نیز استفاده کنید. داروهایی که در فهرست دارویی با علامت "NPD" مشخص شده اند تحت پوشش بخش D **نیستند**. از بخش F برای تجدیدنظر در مورد داروهای بخش D استفاده کنید.

این بخش شما را در شرایط زیر راهنمایی می کند:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت



1. شما فکر می کنید که ما خدمات و پشتیبانی های پزشکی، سلامت رفتاری یا بلند مدت (LTSS) مورد نیاز شما را پوشش می دهیم اما شما آنها را دریافت نمی کنید.

آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید از ما درخواست تعیین میزان پوشش کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش بیمه به بخش E2 در صفحه 161 مراجعه کنید.

2. ما خدماتی که پزشک شما می خواهد ارائه دهد را تایید نکرده ایم، و شما معتقدید که ما باید آنها را تایید می کردیم.

آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما مبنی بر عدم تایید درمان شما درخواست تجدیدنظر نمایید. برای اطلاع درباره ارائه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 در صفحه 164 بروید.

3. شما خدمات یا اقلامی را دریافت کرده اید که فکر می کردید طرح ما آنها را پوشش می دهد، اما ما هزینه آنها را پرداخت نمی کنیم.

آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاع درباره ارائه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 در صفحه 164 بروید.

4. شما خدمات یا اقلامی را دریافت و هزینه آنها را پرداخت کرده اید که فکر می کردید تحت پوشش هستند، و از ما می خواهید که هزینه این خدمات یا اقلام را به شما بازپرداخت کنیم.

آنچه شما می توانید انجام دهید: می توانید از طرح درمانی خود بخواهید که به شما بازپرداخت کند. برای اطلاع درباره درخواست از ما برای پرداخت به بخش E5 در صفحه 172 مراجعه کنید.

5. ما پوشش خود برای یک سرویس خاص را کاهش داده یا متوقف کردیم، و شما با تصمیم ما مخالف هستید.

آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما مبنی بر کاهش یا توقف خدمات خود درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاع درباره ارائه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 در صفحه 164 بروید.

توجه: اگر پوششی که متوقف می شود مربوط به مراقبت های بیمارستانی، مراقبت های خانگی، تسهیلات پرستاری ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) شما است، قوانین خاصی وجود دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر بخش های G یا H در صفحات 182 و 188 را بخوانید.

E2. درخواست تصمیم درباره پوشش

چگونه می توان برای دریافت خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، یا برخی خدمات و حمایت های درازمدت (CBAS، یا NF) تصمیم پوشش درخواست کنید

برای درخواست تصمیم درباره پوشش با ما از طریق تلفن، نمابر یا پست تماس بگیرید یا از نماینده یا پزشک خود بخواهید که از ما درخواست یک تصمیم نماید.

• شما می توانید با شماره زیر با ما تماس بگیرید: 1-855-905-3825 TTY: 711.

• شما می توانید نمابرهای خود را به این شماره برای ما ارسال کنید: 1-323-889-6577



- شما می توانید نامه های خود را به آدرس پستی زیر ارسال کنید: طرح Blue Shield of California Promise Health Plan

Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

برای تعیین میزان پوشش چقدر زمان لازم است؟

بعد از درخواست شما و دریافت همه اطلاعات موردنیاز از جانب ما، اتخاذ تصمیم در این باره معمولاً 5 روز کاری زمان می برد مگر اینکه درخواست شما برای داروهای تجویز شده Medicare بخش B باشد. اگر درخواست شما برای داروی تجویزی Medicare بخش B باشد، حداکثر 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما، به شما نتیجه تصمیم گیری را می دهیم. اگر ما تصمیم خود را ظرف 14 روز تقویمی (یا 72 ساعت برای داروهای تجویز شده Medicare بخش B) به شما اعلام نکنیم، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

گاهی اوقات ما نیاز به زمان بیشتری داریم و در این صورت برای شما نامه ای فرستاده و اطلاع می دهیم که به 14 روز دیگر برای تصمیم گیری زمان نیاز داریم. در این نامه توضیح داده می شود که چرا به زمان بیشتری نیاز می باشد. اگر درخواست شما برای داروی تجویز شده Medicare بخش B باشد، نمی توانیم وقت بیشتری را برای تصمیم گیری داشته باشیم.

آیا می توان سریعتر میزان پوشش را تعیین کرد؟

بله. اگر به خاطر سلامت خود نیاز به پاسخ سریع تری داشته باشید، از ما بخواهید تا یک "تصمیم پوشش سریع" را اتخاذ کنیم. در صورت تأیید درخواست، ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت (یا ظرف 24 ساعت برای داروهای تجویز شده Medicare بخش B) به شما اطلاع می دهیم.

در هر حال، گاهی اوقات ما نیاز به زمان بیشتری داریم و در این صورت برای شما نامه ای می فرستیم و به شما اطلاع می دهیم که برای تصمیم گیری به 14 روز بیشتر زمان نیاز داریم. در این نامه توضیح داده می شود که چرا به زمان بیشتری نیاز می باشد. اگر درخواست شما برای داروی تجویز شده Medicare بخش B باشد، نمی توانیم وقت بیشتری را برای تصمیم گیری داشته باشیم.

اصطلاح حقوقی برای "تصمیم پوشش سریع" عبارت از "تعیین تسریع شده" می باشد.

ارسال درخواست برای تصمیم گیری سریع تر درباره میزان پوشش:

- برای شروع درخواست خود مبنی بر تحت پوشش قرار دادن مراقبت بهداشتی مورد نیاز خود، با ما تماس گرفته یا نمابر ارسال کنید

- می توانید با ما با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) یا شماره فکس 1-323-889-5049 تماس بگیرید.

- برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با ما به فصل 2 مراجعه کنید

همچنین می توانید از تأمین کننده خدمات یا نماینده خود بخواهید از جانب شما درخواست تصمیم پوشش سریع دهد.

قوانین مربوط به درخواست تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش:

باید دو شرط زیر را داشته باشید تا واجد شرایط تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش باشید:

1. شما فقط در صورتی می توانید درباره تعیین پوشش، درخواست تصمیم گیری سریع تر کنید که هنوز خدمات یا اقلام مورد نیاز را دریافت نکرده باشید. (در صورتی که خدمات یا اقلام مورد نیاز را دریافت کرده باشید، نمی توانید درخواست تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش را بخواهید.)



2. شما تنها در صورتی می توانید تصمیم گیری به پوشش سریع بگیرید که **مهلت استاندارد 14 روزه تقویمی (یا مهلت 72 ساعته داروهای تجویز شده Medicare بخش B)** باعث آسیب جدی به سلامتی شما شده یا به توانایی شما در عملکرد آسیب برساند.

- اگر پزشک معالج تان بر این نظر باشد که شما به تعیین پوشش سریع نیاز دارید، ما به طور خودکار آن را به شما ارائه می دهیم.
- اگر بدون حمایت از پزشک معالج خود تعیین پوشش سریع درخواست کنید، ما درباره تعیین پوشش سریع برای شما تصمیم خواهیم گرفت.
- اگر تصمیم گرفته شود که سلامت شما واجد شرایط تصمیم گیری سریع تر درباره تعیین پوشش نیست، برای شما نامه ای فرستاده خواهد شد. ما همچنین از مهلت استاندارد 14 روز تقویم (یا مهلت 72 ساعته برای داروهای تجویزی Medicare بخش B) به جای آن استفاده خواهیم کرد.
- در این نامه ذکر می شود که اگر پزشک معالج شما درخواست تصمیم گیری سریع تر درباره میزان پوشش کند، این کار بطور خودکار انجام خواهد گرفت.
- در این نامه همچنین ذکر می شود که چگونه می توانید در مخالفت با تصمیم ما برای اعطای تصمیم پوشش استاندارد به جای تصمیم پوشش سریع به شما درخواست یک "شکایت تسریع شده" را مطرح نمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فرآیند ارائه شکایت اعم از شکایت سریع، به بخش J در صفحه 194 مراجعه کنید.

اگر تصمیم گیری درباره پوشش منفی باشد، چه گونه مطلع خواهید شد؟

اگر پاسخ منفی باشد، برای شما نامه ای خواهیم فرستاد با توضیحات لازم درباره علت منفی بودن پاسخ.

- اگر پاسخ ما منفی باشد، شما حق دارید تا یک درخواست تجدید نظر، از ما بخواهید تا این تصمیم را تغییر دهیم. درخواست تجدید نظر یعنی درخواست از ما برای بازنگری تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش.
- اگر تصمیم گرفتید که درخواست تجدیدنظر کنید، این بدان معنی است که وارد مرحله 1 تجدیدنظر شده اید (برای اطلاعات بیشتر بخش بعدی را مطالعه نمایید).



E3. مرحله 1 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای داروهای بخش D)**درخواست تجدیدنظر چیست؟**

درخواست تجدیدنظر یک درخواست رسمی از ما برای بازنگری در تصمیمی است که اتخاذ کرده ایم، اگر که احساس می کنید ما اشتباهی مرتکب شده ایم. اگر شما یا پزشک معالج شما یا دیگر ارائه دهندگان خدمات با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

در اکثر موارد باید درخواست تجدیدنظر خود را از مرحله 1 شروع کنید. در صورتی که تمایلی برای درخواست تجدیدنظر اول در خصوص خدمات Medi-Cal طرح ندارید، اگر مشکل سلامت شما بسیار اضطرابی است یا تهدیدی جدی برای سلامت شماست یا اگر درد شدیدی دارید و نیازمند یک تصمیم فوری هستید، می توانید از بخش مراقبت های بهداشتی مدیریت شده به آدرس www.dmhc.ca.gov درخواست بازنگری مستقل پزشکی کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 167 مراجعه کنید. اگر در هر یک از مراحل تجدیدنظر به کمک نیاز داشتید، می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های پوششی ارتباطی ندارد.

تجدیدنظر مرحله 1 چیست؟

تجدیدنظر مرحله 1 اولین درخواست شما برای تجدیدنظر در طرح بیمه درمانی است. ما تصمیم خود در مورد پوشش را بررسی خواهیم کرد تا ببینیم که آیا صحیح بوده است یا خیر. شخصی که بازنگری می کند متفاوت از کسی است که تصمیم ابتدایی را گرفته است. وقتی بازنگری کامل شود، نتیجه بطور کتبی به اطلاع شما خواهد رسید.

اگر پس از این بازنگری به شما اطلاع دهیم که خدمات یا اقلام مربوطه تحت پوشش نیستند، مورد شما می تواند به مرحله 2 تجدیدنظر برود.

چه گونه می توانم درخواست تجدیدنظر مرحله 1 بکنم؟

- برای شروع تجدیدنظر باید شما، پزشک معالج، یا ارائه دهنده خدماتی دیگر یا نماینده تان با ما تماس بگیرید. می توانید با ما با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با ما در زمینه درخواست های تجدیدنظر، به فصل مراجعه کنید.

- می توانید درخواست تجدیدنظر "معمول" یا "تسریع شده" ارسال نمایید.

- اگر می خواهید درخواست یک تجدیدنظر استاندارد یا تسریع شده را مطرح نمایید، باید بصورت کتبی یا تلفنی با ما تماس بگیرید.

- شما می توانید درخواست های کتبی خود را به نشانی زیر ارسال کنید:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Appeals and Grievances
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1

شما، پزشک شما، یا نماینده شما می توانید این درخواست را به صورت کتبی یا پست یا نمابر برای ما ارسال کنید. همچنین می توانید از طریق تماس تلفنی با ما درخواست تجدیدنظر کنید.

- این درخواست را ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ تصمیمی ارسال کنید که در زمینه آن درخواست تجدیدنظر می کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای به مهلت تعیین شده نرسید، باز هم می توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به صفحه 164 مراجعه کنید).

- اگر درخواست تجدیدنظر شما به این دلیل می باشد که ما به شما گفتیم که یک سرویس که در حال حاضر دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف می شود، در صورتی که می خواهید در حال در جریان بودن درخواست تجدیدنظر خود کماکان به دریافت آن خدمات ادامه دهید، شما تعداد روزهای کمتری برای تجدیدنظر خواهی زمان خواهید داشت (به صفحه 167 مراجعه کنید).

- برای کسب اطلاع در این باره که کدام مهلت ها درباره شما قابل اعمال می باشد، به مطالعه این بخش ادامه دهید.

○ می توانید از طریق وبسایت زیر آنلاین درخواست کنید:
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

○ همچنین می توانید تلفنی با تماس با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) از ما درخواست تجدیدنظر کنید.

● ما طی 5 روز پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما نامه ای برای اعلام دریافت آن به شما ارسال خواهیم کرد.

اصطلاح حقوقی برای "تجدید نظر سریع" عبارت از "بازنگری تسریع شده" می باشد.

آیا شخص دیگری می تواند از جانب ما درخواست تجدیدنظر کند؟

بله. پزشک معالج یا دیگر ارائه کنندگان خدمات می توانند برای شما درخواست تجدیدنظر کنند. همچنین اشخاص دیگر علاوه بر پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات می توانند برای شما درخواست تجدید نظر کنند، ولی شما باید ابتدا فرم معرفی نماینده پر کنید. این فرم اجازه می دهد که شخص دیگری از جانب شما عمل کند.

برای دریافت فرم انتصاب نماینده، با مراقبت مشتری تماس بگیرید و درخواست فرم کنید، یا از این صفحه بازدید کنید
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

اگر درخواست تجدید نظر از جانب شخصی غیر از خود شما یا پزشک معالج تان یا ارائه دهنده خدمات دیگر باشد، ما پیش از آنکه بتوانیم درخواست تجدید نظر شما را بررسی کنیم باید فرم تکمیل شده تعیین نماینده را دریافت کنیم.

برای درخواست تجدید نظر چقدر مهلت داریم؟

شما باید ظرف **60 روز تقویمی** از تاریخ نامه ای که برای اعلام تصمیم برای شما فرستاده شده، درخواست تجدید نظر خود را ارسال نمایید.

اگر به این مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع کننده ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. نمونه هایی از دلایل قانع کننده عبارتند از: دچار بیماری شدید بوده اید، یا اینکه ما اطلاعات غلط درباره مهلت درخواست تجدیدنظر به شما داده باشیم. هنگام درخواست تجدیدنظر باید دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.

توجه: اگر درخواست تجدید نظر شما به این دلیل می باشد که ما به شما گفتیم که یک سرویس که در حال حاضر دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف می شود، در صورتی که می خواهید در حال در جریان بودن درخواست تجدید نظر خود کماکان به دریافت آن خدمات ادامه دهید، شما تعداد روزهای کمتری برای تجدید نظر خواهی زمان خواهید داشت. برای اطلاعات بیشتر، بخش "آیا مزایای من در خلال درخواست های تجدید نظر مرحله 1 کماکان ادامه خواهد داشت" صفحه 166 را برای اطلاعات بیشتر مطالعه کنید.

آیا می توانم یک نسخه از پرونده خود داشته باشم؟

بله. برای درخواست کپی رایگان از آن با مرکز مراقبت مشتری به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

آیا پزشک معالج من می تواند درباره تجدیدنظر به شما اطلاعات بیشتری بدهد؟

بلی، شما یا پزشک معالج تان می توانید برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود، برای ما اطلاعات بیشتری ارسال نمایید.

ما چه گونه درباره تعیین پوشش تصمیم گیری می کنیم؟

ما به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش درمان پزشکی شما را بررسی می کنیم. ما بررسی می کنیم که آیا همه مقررات را هنگام دادن پاسخ خیر به درخواست شما رعایت کرده ایم یا خیر. شخصی که بازنگری می کند متفاوت از کسی است که تصمیم ابتدایی را گرفته است.

اگر به اطلاعات بیشتر نیاز داشته باشیم از شما یا پزشک معالج شما درخواست خواهیم کرد.

پاسخ درخواست تجدیدنظر "معمول" را در چه زمانی دریافت خواهید کرد؟

ما باید پاسخ خود را ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر (یا ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای داروی تجویز شده Medicare بخش B) به شما ارائه دهیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.

- اگر ظرف 30 روز تقویمی (یا ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای داروی تجویز شده Medicare بخش B) پاسخی به درخواست شما ندهیم، اگر مشکل مربوط به پوشش خدمات یا مورد Medicare است، پرونده شما را به صورت خودکار به مرحله 2 فرایند تجدید نظر ارسال می کنیم. اگر چنین اقدامی صورت گیرد، ما مورد را به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقام مربوط به Medi-Cal می باشد، شما باید خودتان یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را مطرح کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرایند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، باید طی 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر (یا ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای داروی تجویزی Medicare بخش B)، این پوشش را تأیید یا ارائه دهیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما مورد را بطور کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقام Medicare باشد، در آن نامه به شما می گوئیم که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده ایم. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقام Medi-Cal باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که چگونه تجدید نظر مرحله 2 را ارسال کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرایند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه 177 مراجعه کنید.

من چه موقع پاسخ درخواست تجدیدنظر "سریع" خود را دریافت خواهم کرد؟

اگر درخواست تجدیدنظر سریع ارسال کنید، ظرف 72 ساعت از دریافت آن پاسخگوی شما خواهیم بود. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.

- اگر ما طی 72 ساعت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ ندهیم، در صورتی که مشکل شما در رابطه با پوشش خدمات یا اقام Medicare باشد ما به طور خودکار پرونده شما را برای فرایند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال خواهیم کرد. اگر چنین اقدامی صورت گیرد، ما مورد را به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقام مربوط به Medi-Cal می باشد، شما باید خودتان یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را مطرح کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرایند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد باید تأیید یا پوشش خود را طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه دهیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما مورد را بطور کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقام Medicare باشد، در آن نامه به شما می گوئیم که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده ایم. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقام Medi-Cal باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که چگونه تجدید نظر مرحله 2 را ارسال کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرایند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید.

آیا در زمان تجدیدنظر مرحله 1 مزایای من کماکان برقرار خواهد بود؟

اگر ما تصمیم به تغییر یا توقف پوشش برای یکی از خدمات یا اقلامی که قبلاً تأیید شده بود را بگیریم، قبل از اقدام در این زمینه، مورد را به شما اعلام می کنیم. اگر با این اقدام مخالف هستید، می توانید درخواست تجدیدنظر مرحله 1 را مطرح کرده و از ما بخواهید که ما به پوشش مزایای شما برای این خدمات یا اقلام را ادامه دهیم. شما باید درخواست خود را در این تاریخ ها یا قبل از آنها مطرح کنید تا بتوانید به دریافت مزایای خود ادامه دهید:

- ظرف مدت 10 روز از تاریخ ارسال اطلاعیه اقدام ما؛ یا
- تاریخ موثر اقدام در نظر گرفته شده.

اگر این مهلت را رعایت کنید، در حالی که درخواست تجدیدنظر شما پردازش می شود، می توانید به دریافت خدمات یا اقلام مورد مناقشه ادامه دهید.

E4. مرحله 2 تجدیدنظر نسبت به خدمات، اقلام یا داروها (به استثنای دارو های بخش D)

اگر پاسخ بیمه درمانی شما در مرحله 1 منفی باشد، چه اتفاقی خواهد افتاد؟

اگر پاسخ ما در زمینه بخشی یا همه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما منفی باشد، ما آن را بطور کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. این نامه به شما اطلاع می دهد که آیا خدمات یا اقلام مربوطه تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal هست یا نه.

- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام Medicare باشد، ما به محض تکمیل مرحله 1 تجدیدنظر، پرونده شما را به صورت خودکار برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، باید خودتان تجدیدنظر مرحله 2 را ارسال کنید. نامه ارسالی به شما اطلاع خواهد داد که چگونه این کار را بکنید. این اطلاعات همچنین در زیر آمده است.

تجدیدنظر مرحله 2 چیست؟

تجدیدنظر مرحله 2، دومین درخواست تجدیدنظر می باشد و توسط سازمانی مستقل از طرح درمانی انجام می شود.

مشکل من در رابطه با خدمات یا اقلام Medi-Cal است. چگونه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنم؟

به دو روش می توانید برای خدمات و اقلام Medi-Cal درخواست تجدیدنظر مرحله 2 مطرح کنید: (1) پر کردن فرم شکایت یا بازنگری مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

(1) بازنگری پزشکی مستقل

شما می توانید از طریق مرکز خدمات بخش مراقبت های بهداشتی مدیریتی کالیفرنیا (DMHC) یک فرم شکایت پر کنید یا یک بازنگری مستقل پزشکی (IMR) درخواست کنید. پس از پر کردن فرم شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی کرده و حکم نهایی را صادر خواهد کرد. IMR برای همه خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند مقدور است. IMR به بازنگری پرونده شما توسط پزشکی که عضو بیمه درمانی ما یا عضو DMHC نیستند اطلاق می گردد. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را فراهم کنیم. شما برای انجام IMR هیچ هزینه ای نمی پردازید.

شما در صورتی می توانید شکایت خود را تنظیم یا IMR درخواست کنید که طرح ما:

- خدمات یا درمان های Medi-Cal را به دلیل عدم ضرورت پزشکی رد کرده، تغییر داده یا با تاخیر ارائه دهد.
- درمان های آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal برای شرایط پزشکی جدی و حاد را پوشش ندهد.
- هزینه خدمات درمانی اضطراری یا فوریتی Medi-Cal که دریافت کرده اید را بازپرداخت نکند.



- درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما را در یک سرویس Medi-Cal ظرف 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت برای تجدیدنظر سریع حل نکرده است.
- توجه:** در صورتی که تأمین کننده شما از جانب شما درخواست تجدیدنظر کرده است، اما ما فرم تعیین نماینده شما را دریافت نکرده باشیم، قبل از اینکه درخواست تجدیدنظر برای IMR سطح 2 در Department of Managed Health Care کنید، باید درخواست تجدیدنظر خود را مجدداً برای ما ارسال نمایید.
- شما حق برخورداری از دادرسی IMR و ایالتی را دارید، اما نه در صورتی که دادرسی ایالتی برای همان مسئله قبلاً انجام شده باشد.
- در اکثر موارد، باید پیش از درخواست IMR، برای ما درخواست تجدیدنظر ارسال کنید. برای اطلاع درباره مرحله 1 روند تجدید نظر به صفحه 164 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می توانید علیه DMHC طرح شکایت کرده یا از مرکز خدمات DMHC درخواست یک IMR را مطرح کنید.
- اگر درمان شما به دلیل این که روندی آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است پذیرفته نشود، نیازی نیست که پیش از اقدام برای یک IMR درگیر فرآیند تجدید نظر طرح ما شوید.
- اگر مشکل شما اضطراری است و برای سلامت شما موجب خطر جدی و فوری است یا چنانچه درد شدیدی دارید، می توانید بدون طی کردن فرآیند تجدیدنظر خواهی ما مورد را سریعاً با DMHC در میان بگذارید.
- باید ظرف 6 ماه پس از تاریخی که ما کتباً نتیجه تجدید نظر را برایتان ارسال کردیم، برای IMR درخواست بدهید. DMHC ممکن است درخواست شما را پس از 6 ماه به دلایل خوبی بپذیرد، مانند این که شما دارای یک بیماری هستید که شما را از درخواست IMR در مدت 6 ماه باز می دارد یا شما از روند IMR به اندازه کافی از طرف ما مطلع نشده اید.
- جهت درخواست IMR:

- فرم شکایت/درخواست بررسی مستقل پزشکی که در www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.a موجود است را پر کنید یا با مرکز پشتیبانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.

- اگر کپی نامه ها یا دیگر مدارک مربوط به خدمات یا اقلام تأیید نشده را دارید به پیوست بفرستید. این کار می تواند روند IMR شما را تسریع کند. کپی مدارک را ارسال کنید؛ نه اصل مدارک را. مرکز پشتیبانی هیچ مدرکی را پس نمی فرستد.
- اگر کسی برای ارسال IMR به شما کمک می کند، فرم انتصاب دستیار مجاز را پر کنید. می توانید این فرم را از نشانی www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx دریافت کنید یا با مرکز پشتیبانی اداره به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم ها و پیوست های خود را فاکس یا به نشانی زیر ارسال کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
فکس: 916-255-5241



اگر شما برای IMR واجد شرایط هستید، DMHC پرونده شما را بررسی خواهد کرد و ظرف 7 روز تقویمی نامه ای را برای شما ارسال کرده و به شما اطلاع می دهد که آیا برای IMR واجد شرایط هستید. پس از اینکه درخواست شما و اسناد حمایتی از طرف طرح شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی گرفته خواهد شد. شما باید ظرف 45 روز تقویمی از تاریخ ارسال شدن درخواست تکمیل شده خود، تصمیم IMR را دریافت کنید.

اگر مورد شما از نوع فوریتی بوده و برای IMR واجد شرایط هستید، DMHC پرونده شما را بررسی خواهد کرد و ظرف 2 روز تقویمی نامه ای را برای شما ارسال کرده و به شما اطلاع می دهد که آیا برای IMR واجد شرایط هستید. بعد از اینکه درخواست و مدارک شما از طرح دریافت شد، ظرف مدت 3 روز تصمیم IMR گرفته خواهد شد. از زمان ارسال فرم تکمیل شده درخواست به مدت 7 روز حکم IMR را دریافت خواهید کرد. اگر از نتیجه IMR راضی نیستید، کماکان می توانید درخواست دادرسی ایالتی دهید.

اگر DMHC تمام سوابق پزشکی مورد نیاز شما یا پزشک معالج شما را دریافت نکند، IMR ممکن است بیشتر طول بکشد. اگر نزد پزشکی می روید که در شبکه برنامه درمانی شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی خودتان را از آن پزشک دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. طرح سلامت شما ملزم به دریافت کپی سوابق پزشکی شما از پزشکانی است که در شبکه هستند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که مورد شما واجد شرایط IMR نیست، DMHC پرونده شما را طبق فرآیند عادی شکایات مشتری های خود مرور خواهد کرد. ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ ارسال شدن درخواست تکمیل شده خود، به شکایت شما پاسخ داده خواهد شد. چنانچه شکایت شما مبرم باشد، سریعتر به آن رسیدگی خواهد شد.

(2) دادرسی ایالتی

شما می توانید برای خدمات دولتی و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید. اگر پزشک معالج یا دیگر درمان کنندگان شما خدمات یا اقلامی را درخواست کنند که ما آنها را تایید نکنیم، یا اگر ما به پرداخت برای خدمات یا اقلامی که شما قبلاً داشته اید ادامه نداده و به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما جواب منفی دهیم، شما از حق مطرح کردن درخواست دادرسی ایالتی برخوردار می باشید.

در اکثر موارد از زمان ارسال نامه "حقوق دادرسی شما" مدت 120 روز فرصت دارید که درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید.

توجه: اگر به این دلیل درخواست دادرسی ایالتی کنید که به شما گفته ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می کنید مورد تغییر یا توقف قرار خواهد گرفت و شما می خواهید در حین اینکه روند دادرسی ایالتی در جریان است همچنان این خدمات را دریافت کنید، شما تعداد روز کمتری برای درخواست تجدیدنظر فرصت دارید. برای اطلاعات بیشتر، بخش "آیا مزایای من در خلال درخواست های تجدید نظر مرحله 2 کماکان ادامه خواهد داشت" صفحه 181 را برای اطلاعات بیشتر مطالعه کنید.

برای درخواست دادرسی ایالتی دو راه وجود دارد:

1. شما می توانید فرم "درخواست برای دادرسی ایالتی" در پشت برگه اعلامیه اقدام را تکمیل کنید. شما باید همه اطلاعات مورد نیاز، شامل نام کامل، نشانی، شماره تلفن، نام بیمه درمانی یا شهرستانی که بر ضد شما تصمیم گیری کرده، برنامه (های) کمکی مربوطه، و شرح کامل دلایلی که برای درخواست دادرسی دارید را ارائه دهید. سپس می توانید با استفاده از یکی از روش های زیر درخواست خود را ارسال کنید:

- به بخش رفاهی کانتی که نشانی آن در اعلامیه ذکر شده است.

- به دپارتمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا به آدرس:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- ارسال نمابر به بخش دادرسی ایالتی به شماره 916-651-5210 یا 916-651-2789.



2. شما می توانید با California Department of Social Services با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم دارید از طریق تلفن درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید، در جریان باشید که این خطوط تلفن خیلی شلوغ هستند.

مشکل من در رابطه با خدمات یا اقلام Medicare می باشد. در مرحله 2 تجدیدنظر چه اتفاقی می افتد؟

یک نهاد بازنگری مستقل (IRE) به دقت تصمیم مرحله 1 را بازنگری کرده و در این زمینه که آیا آن تصمیم باید تغییر کند تصمیم می گیرد.

- لازم نیست که شما درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنید. ما بطور خودکار همه درخواست های تایید نشده (به طور کلی یا جزئی) را برای IRE ارسال می کنیم. اگر چنین اقدامی صورت گیرد، ما مورد را به شما اطلاع خواهیم داد.

- IRE توسط Medicare استخدام شده و هیچ ارتباطی با این طرح ندارد.

- شما می توانید با تماس با مراقبت مشتریان با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از 8:00 صبح تا 8:00 بعد از ظهر، هفت روز هفته، یک کپی از فایلتان را درخواست کنید.

IRE باید به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما ظرف 30 روز تقویمی از زمانی که درخواست تجدیدنظر شما دریافت می شود (یا ظرف 7 روز تقویمی از زمانی که درخواست تجدیدنظر شما برای داروی تجویز شده Medicare بخش B دریافت می شود) به شما پاسخ دهد. این قانون در مواردی صادق است که هنوز خدمات یا اقلام را دریافت نکرده باشید.

- در هر حال، IRE باید اطلاعات لازم را جمع آوری کند و این امر ممکن است به 14 روز زمان اضافه نیاز داشته باشد. اگر IRE به روزهای بیشتری برای پاسخ دهی نیاز داشته باشد بصورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. اگر درخواست تجدیدنظر شما برای داروهای تجویز شده Medicare بخش B باشد، IRE نمی تواند زمان بیشتری را برای تصمیم گیری داشته باشد.

اگر در مرحله 1 یک "تجدید نظر سریع" درخواست کرده اید، خود به خود در مرحله 2 تجدیدنظر سریع دریافت خواهید کرد. IRE باید طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به شما جواب بدهد.

- در هر حال، IRE باید اطلاعات لازم را جمع آوری کند و این امر ممکن است به 14 روز زمان اضافه نیاز داشته باشد. اگر IRE به روزهای بیشتری برای پاسخ دهی نیاز داشته باشد بصورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. اگر درخواست تجدیدنظر شما برای نسخه Medicare بخش B باشد، IRE نمی تواند زمان بیشتری را برای تصمیم گیری داشته باشد.

آیا در زمان تجدیدنظر مرحله 2 مزایای من کماکان برقرار خواهد بود؟

اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام تحت پوشش Medicare باشد، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در زمان تجدیدنظر مرحله 2 توسط نهاد بازنگری مستقل، متوقف نمی شود.

اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal بوده و شما درخواست دادرسی ایالتی کرده باشید، مزایای Medi-Cal شما برای آن خدمات یا اقلام می تواند تا زمان انجام تصمیم گیری ادامه یابد. شما باید درخواست خود را برای دادرسی در این تاریخ ها یا قبل از آنها مطرح کنید تا بتوانید به دریافت مزایای خود ادامه دهید:

- ظرف مدت 10 روز از تاریخ ارسال اطلاعیه ما به شما در این زمینه که تصمیم منفی در زمینه مزایا (تصمیم در زمینه درخواست تجدیدنظر مرحله 1) مورد تأیید قرار گرفته است؛ یا
- تاریخ موثر اقدام در نظر گرفته شده.

اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که تصمیم دادرسی گرفته می شود، می توانید به دریافت خدمات یا اقامت مورد مناقشه ادامه دهید.

چگونه از نتیجه تصمیم گیری باخبر شوم؟

اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما یک بازنگری پزشکی مستقل بوده است، Department of Managed Health Care نامی برای شما ارسال خواهد کرد که در آن تصمیم اتخاذ شده توسط پزشکانی که پرونده شما را مرور کرده اند را شرح خواهد داد.

- اگر تصمیم بررسی مستقل پزشکی در مورد همه یا بخشی از موارد درخواستی تان **بطله** باشد، ما باید آن خدمات یا درمان را ارائه کنیم.
- اگر تصمیم بازنگری پزشکی مستقل برای بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید **منفی** باشد، بدان معنی خواهد بود که آنها با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. شما کماکان از حق درخواست یک دادرسی ایالتی برخوردار خواهید بود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست دادرسی ایالتی می توانید به صفحه 169 مراجعه کنید.
- اگر تجدیدنظر مرحله 2 شما یک دادرسی ایالتی باشد، اداره تامین اجتماعی کالیفرنیا بصورت کتبی نتیجه تصمیم گیری خود را به شما اعلام خواهد کرد.
- اگر تصمیم دادرسی ایالتی در مورد همه یا بخشی از موارد درخواستی تان **بطله** باشد، ما باید از این تصمیم پیروی کنیم. ما ملزم هستیم ظرف مدت 30 روز از تاریخ دریافت این تصمیم، دستور(ات) صادره را تکمیل نماییم.
- اگر تصمیم دادرسی دولتی برای بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید **منفی** باشد، بدان معنی خواهد بود که آنها با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. ما می توانیم مزایای کمکی را که شما دریافت می کنید متوقف کنیم.
- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما به نهاد بازنگری مستقل (IRE) Medicare فرستاده شود، این نهاد برای شما نامه ای فرستاده و شما را از تصمیم خود مطلع خواهد کرد.
- اگر پاسخ IRE برای بخشی یا کل آنچه که شما در درخواست تجدیدنظر استاندارد خود مطرح کرده اید **مثبت** باشد، ما باید طی 72 ساعت پوشش خدمات درمانی مربوطه را تایید کنیم یا طی 14 روز از زمان دریافت تصمیم IRE آن خدمات یا اقامت را به شما ارائه دهیم. اگر تقاضای تجدیدنظر سریع کرده باشید، ما باید طی 72 ساعت از زمان دریافت تصمیم IRE آن پوشش مراقبت های پزشکی را تایید کرده یا خدمات یا اقامت را به شما ارائه دهیم.
- اگر IRE به قسمتی یا تمام آنچه در درخواست تجدیدنظر استاندارد شما برای داروی نسخه Medicare بخش B درخواست کرده اید **بطله** می گوید، ما باید داروی تجویز شده Medicare بخش B را ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRE مجوز داده یا ارائه دهیم. اگر درخواست تجدیدنظر سریع داشتید، ما باید داروی تجویز شده Medicare بخش B را ظرف 24 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRE مجوز داده یا ارائه دهیم.
- اگر تصمیم IRE برای بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید **منفی** باشد، این بدان معنی خواهد بود که آنها با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. به این تصمیم اصطلاح "باقی به قوت" اطلاق می شود. به این "تایید تصمیم" یا "رد درخواست شما" گفته می شود.

اگر تصمیم گرفته شده نسبت به بخشی از درخواست یا همه آن منفی باشد، آیا می توانم باز هم درخواست تجدیدنظر کنم؟

- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما از نوع یک بازنگری پزشکی مستقل باشد، می توانید درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح نمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست دادرسی ایالتی می توانید به صفحه 169 مراجعه کنید.
- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما از نوع یک دادرسی ایالتی باشد، می توانید 30 روز پس از دریافت نتیجه یک درخواست تجدیدنظر را ارائه دهید. شما همچنین می توانید در زمینه پاسخ منفی دادرسی ایالتی از طریق ایراد دادخواست نزد دادگاه عالی (طبق بند 1094.5 قانون دادرسی مدنی) تقاضای بازنگری قضایی کرده و این کار را باید طی یک سال پس از دریافت تصمیم مربوطه انجام دهید. اگر پیش تر در زمینه همین مورد یک دادرسی ایالتی داشته اید، نمی توانید درخواست IMR کنید.



اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما به نهاد بازنگری مستقل (IRE) Medicare فرستاده شود، فقط در صورتی می توانید درخواست تجدیدنظر دهید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد درخواست شما از یک مقدار حداقل بیشتر باشد. نامه ای که از IRE دریافت می کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدید نظر شما را توضیح خواهد داد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد سطوح دیگر تجدیدنظر به بخش 1 در صفحه 193 مراجعه کنید.

E5. مشکلات در زمینه پرداخت

ما به خدمات‌دهندگان شبکه‌مان اجازه نمی‌دهیم بابت خدمات و اقلام تحت پوشش از شما هزینه‌ای دریافت کنند. این امر حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه‌کنندگان خدمات، از قیمت واقعی آن خدمات کمتر باشد پابرجا باقی خواهد ماند. شما هرگز نیازی به پرداخت باقیمانده یک صورتحساب را ندارید. تنها مبلغی که باید پرداخت آن از شما درخواست شود، تعرفه پرداخت مشترک برای داروهای دارای نام تجاری و داروهای تجویزی ژنریک می باشد.

اگر صورتحسابی دریافت کردید که بیشتر از مبلغ تعرفه پرداخت مشترک برای خدمات و اقلام پوشش داده شده باشد، آن صورتحساب را برای ما ارسال کنید. شما نباید خود صورت حساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه‌کننده خدمات تماس گرفته و به مسئله رسیدگی می کنیم.

برای اطلاعات بیشتر، به این بخش از فصل 7 مراجعه کنید: "درخواست از ما برای پرداخت سهم‌مان از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید." فصل 7 درباره شرایطی توضیح می‌دهد که در آن ممکن است از شما درخواست شود تا مبلغی را بازپرداخت کنید یا صورت حسابی که از یک ارائه‌کننده خدمات دریافت می‌کنید را پرداخت نمایید. این بخش همچنین برای شما شرح می‌دهد که چگونه مدارک خود را برای درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید.

آیا می‌توانم از شما درخواست کنم تا سهم خود از هزینه ای که برای خدمات یا اقلام پرداخته‌ام را بازپرداخت کنید؟

به خاطر داشته باشید، اگر صورتحسابی دریافت کردید که بیشتر از مبلغ تعرفه پرداخت مشترک برای خدمات و اقلام پوشش داده شده باشد، شما نباید آن صورت حساب را به تنهایی پرداخت کنید. اما اگر خود صورتحساب مربوطه را پرداخت کنید، اگر قوانین مربوط به دریافت خدمات و اقلام را دنبال کنید، می‌توانید بازپرداخت مربوطه را دریافت کنید.

اگر درخواست کنید که به شما پرداختی صورت گیرد، این به منزله تصمیم‌گیری برای میزان پوشش می‌باشد. ما بررسی خواهیم کرد که آیا هزینه‌ای که بابت خدمات یا اقلام پرداخت کردید برای خدمات یا اقلام تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی خواهیم کرد که آیا همه مقررات را برای استفاده از پوشش بیمه خود رعایت کرده‌اید یا خیر.

- اگر سرویس یا موردی که برای آن هزینه پرداخت کرده اید تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه خدمات یا اقلام را ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما به ارائه‌دهنده تان ارسال می‌کنیم.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام مربوطه را نپرداخته‌اید، ما پرداخت را مستقیماً برای ارائه‌دهنده خدمات ارسال می‌کنیم. وقتی ما پرداخت را ارسال می‌کنیم، به معنی پاسخ مثبت به درخواست شما برای تصمیم پوشش است.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد، یا اگر شما از قوانین مربوطه پیروی نکرده باشید، ما برای شما نامه‌ای خواهیم فرستاد و به شما اطلاع خواهیم داد که هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نمی‌کنیم و دلیل این تصمیم را هم برای شما توضیح می‌دهیم.

اگر ما اعلام کنیم که پرداختی انجام نخواهیم داد، چه باید کرد؟

اگر با نظر ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. فرایند درخواست تجدیدنظر مندرج در بخش E3، صفحه 164 را دنبال کنید. هنگامی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، لطفاً توجه فرمایید:



- اگر درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت ارسال کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به شما پاسخ دهیم.
- اگر از ما می خواهید که هزینه یکی از خدمات یا اقلامی که خود هزینه آنرا پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت نماییم، در این صورت نمی توانید درخواست تجدیدنظر سریع بکنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما برای خدمات یا اقلامی که معمولاً تحت پوشش Medicare هستند منفی باشد، ما پرونده شما را به طور خودکار برای نهاد بازبینی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر چنین کاری صورت گیرد کتا به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر IRE با تصمیم ما مخالفت کند و به ما بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، ما باید ظرف 30 روز به شما یا درمان کننده تان پرداخت کنیم. اگر در هر مرحله از روند تجدیدنظر پس از مرحله 2، پاسخ به تجدیدنظر تان مثبت باشد، ما موظف هستیم ظرف مدت 60 روز به شما یا درمان کننده تان پرداخت کنیم.
- اگر IRE به تجدیدنظر نظر پاسخ منفی بدهد، این به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست شما، موافق است. (به این تصمیم اصطلاح "باقی به قوت" اطلاق می شود. همچنین تحت عنوان "رد درخواست تجدیدنظر نظر شما" خطاب می شود.) در نامه ای که دریافت می کنید حقوق تجدیدنظر دیگری که ممکن است شامل حال شما شود شرح داده خواهد شد. فقط در صورتی می توانید درخواست تجدیدنظر مجدد دهید که ارزش پولی خدمات یا اقلام مورد درخواست شما از یک مقدار حداقل بیشتر باشد. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد سطوح دیگر تجدیدنظر به بخش 1 در صفحه 193 مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر تان خیر باشد و آن خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medi-Cal باشند، می توانید خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارائه دهید (بخش E4 در صفحه 167 را ببینید).

F. داروهای بخش D

F1. در صورت داشتن مشکل برای تهیه داروهای بخش D یا اگر که بخواهید ما برای داروهای بخش D به شما بازپرداخت کنیم

مزایای شما به عنوان عضو طرح درمانی ما شامل پوشش بسیاری از داروهای تجویزی می شود. اکثر این داروها جزو "داروهای بخش D" هستند. تعدادی داروهای بخش D هستند که تحت پوشش Medicare نیستند ولی ممکن است Medi-Cal آنها را پوشش دهد. این بخش فقط مربوط به تجدیدنظر برای داروهای بخش D می باشد.

فهرست داروهای تحت پوشش شامل داروهایی با "NPD" می باشد. این داروها جزو داروهای بخش D نیستند. تصمیمات مربوط به تجدیدنظر یا پوشش بیمه درباره داروهایی که علامت "NPD" دارند، از فرآیند مندرج در بخش E در صفحه 160 تبعیت می کنند.

آیا می توان برای تصمیم درباره پوشش یا تجدیدنظر در رابطه با داروهای نسخه ای بخش D درخواست کرد؟

بله. در اینجا مثالهایی از تصمیم گیری های قابل درخواست شما در مورد داروهای گروه د آورده شده است:

- شما از ما می خواهید یک استثنا قائل شویم مانند:
 - از ما می خواهید داروی بخش D را که در لیست داروهای برنامه وجود ندارد تحت پوشش قرار دهیم
 - درخواست از ما برای محدود کردن پوشش طرح برای یک دارو (مانند محدودیت در مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید)



- از ما می پرسید که آیا دارویی تحت پوشش هست یا نه (مثلاً دارو در فهرست داروها هست ولی لازم است که پیش از تجویز از ما درخواست تاییدیه کنید).
- توجه:** اگر داروخانه به شما اطلاع دهد که نمی تواند نسخه شما را آماده کند، نامه ای دریافت خواهید کرد که شما را راهنمایی می کند چگونه برای درخواست پوشش با ما تماس بگیرید.
- شما از ما می خواهید که هزینه داروی تجویز شده ای که خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم. این به مفهوم درخواست تصمیم گیری میزان پوشش برای بهای داروها است.

اصطلاح حقوقی برای تصمیم درباره پوشش داروهای بخش D "تعیین پوشش" می باشد.

اگر با تصمیم ما درباره میزان پوشش موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر دهید. در این بخش درباره چگونگی درخواست تصمیم درباره پوشش و درخواست تجدید نظر توضیح داده شده است.

برای کمک به خود در تصمیم گیری در این زمینه که کدام بخش حاوی اطلاعات مورد نیاز شما می باشد، از جدول زیر استفاده کنید:

شما در کدام یک از این شرایط هستید؟

آیا به دارویی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا از ما می خواهید که محدودیت های دارویی که تحت پوشش است را برداریم؟	آیا می توانید از ما درخواست بازپرداخت هزینه داروهای را بکنید که قبلاً دریافت و خریداری کرده اید؟	آیا از ما می خواهید دارویی از داروهای موجود در فهرست دارویی ما تحت پوشش باشد و اطمینان دارید که همه محدودیت ها و قوانین مربوطه برای داروی مورد نیاز خود (مانند تاییدیه قبلی) را رعایت کرده اید؟	آیا به دارویی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا از ما می خواهید که محدودیت های دارویی که تحت پوشش است را برداریم؟
شما می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)	شما می توانید از ما درخواست بازپرداخت کنید. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)	شما می توانید از ما درخواست تعیین میزان پوشش کنید.	شما می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)
از بخش F2 در صفحه 174 شروع کنید. همچنین به بخش های F3 و F4 صفحات 175 و 176 مراجعه کنید.	به بخش F4 در صفحه 176 بروید.	به بخش F4 در صفحه 176 بروید.	به بخش F5 در صفحه 179 بروید.

F2. استثناء چیست؟

استثنا یعنی کسب اجازه برای پوشش دارویی که معمولاً در فهرست دارویی ما نیست یا برای استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های مشخص. اگر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش موجود نیست، یا آن گونه که شما می‌خواهید ارائه نمی‌شود، می‌توانید درخواست کنید که مورد "استثناء" واقع شود.

وقتی درخواست استثناء می‌کنید، پزشک معالج یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات شما باید توضیح دهند که چه دلایل پزشکی برای این استثناء وجود دارد.

چند مثال برای استثناهایی که شما، پزشک معالج شما یا دیگر درمان‌کنندگان می‌توانید درخواست کنید، در زیر آمده است:

1. می‌خواهید درخواست کنید که برای یک داروی بخش D که در فهرست داروهای تحت پوشش نیست، استثناء قائل شویم.

- اگر ما موافقت کردیم که یک استثنا قائل شویم و دارویی را که در لیست داروها نیست پوشش دهیم، باید مبلغ اشتراک هزینه را که در مورد داروهای رده 3 برای داروهای برند یا رده 2 برای داروهای ژنریک اعمال می‌شود، تقسیم کنید.

- شما نمی‌توانید برای مبلغ تعرفه پرداخت مشترک یا سهم بیمه که شما باید برای داروها پرداخت کنید درخواست استثناء نمایید.

2. حذف محدودیت از موارد پوشش. مقررات و محدودیت‌های دیگری وجود دارند که به داروهای خاص در فهرست دارویی ما مربوط می‌شوند (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5، بخش C مراجعه کنید).

- قوانین و محدودیت‌های بیشتری در پوشش داروها شامل موارد زیر می‌گردد:

- گرفتن تاییدیه از طرح درمانی پیش از اینکه با پوشش دادن دارو برای شما موافقت کنیم. (گاهی به این عمل "تاییدیه قبلی" گفته می‌شود.)

- نیاز به این وجود داشته باشد که دارویی متفاوت را اول امتحان کنید و در مرحله بعد با پوشش دادن داروی موردنظر شما موافقت کنیم. (گاهی به این عمل "درمان مرحله ای" گفته می‌شود.)

- محدودیت از نظر مقدار. برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید محدود است.

- اگر ما با شما موافقت کنیم که استثنا برای دارویی قائل شویم و محدودیت‌های اعمال شده بر یک دارو را برداریم، شما کماکان می‌توانید درخواست کنید که برای مبلغ تعرفه پرداخت مشترک هم استثناء قائل شود.

اصطلاح حقوقی برای درخواست حذف یک محدودیت برای پوشش یک دارو گاهی اوقات درخواست برای یک "استثناء دارونامه ای" نامیده می‌شود.

F3. اطلاعات مهم در رابطه با درخواست استثناء قائل شدن

پزشک معالج یا دیگر درمان‌کنندگان شما باید به ما دلایل پزشکی ارائه دهند

پزشک معالج یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات شما باید برای ما دلایل پزشکی برای نیاز به درخواست استثناء را شرح دهند. وقتی درخواست استثناء می‌کنید، اطلاعات مربوطه از پزشک معالج یا دیگر درمان‌کنندگان را ارسال نمایید تا تصمیم‌گیری ما درباره درخواست شما برای استثناء قائل شدن، سریعتر صورت گیرد.



بطور معمول فهرست داروهای ما بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص دارد. این داروها، داروهای "جایگزین" نام دارند. اگر داروی دیگری همان کارایی داروی درخواستی شما را داشته باشد و عوارض جانبی یا مشکلات دیگری برای سلامت ایجاد نکند، معمولاً درخواست شما برای استثنا را قبول نمی‌کنیم.

در مورد درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت یا منفی خواهیم داد

- اگر برای درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت بدهیم، معمولاً این استثناء تا پایان سال تقویمی ادامه خواهد داشت. این در صورتی است که پزشک معالج شما کماکان دارو را برای شما تجویز کند و این دارو برای بیماری شما موثر و بی خطر باشد.

- اگر به درخواست شما برای استثناء پاسخ خیر بدهیم، می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر بخواهید که این تصمیم‌مان را دوباره بررسی کنیم. نحوه درخواست تجدیدنظر بعد از پاسخ خیر، در بخش F5 در صفحه 175 آمده است.

بخش بعدی درباره چگونگی درخواست تعیین پوشش و درخواست استثناء می باشد.

F4. چه گونه می توان برای یک داروی بخش D یا بازپرداخت برای یک داروی بخش D، از جمله استثناء واقع شدن درخواست یک تصمیم پوشش ارائه کرد

چه باید کرد

- نگاه اجمالی: چه گونه می توان برای یک دارو یا پرداختی تقاضای تعیین پوشش کرد**
- با ما از طریق تلفن، نامه یا نمابر تماس بگیرید، یا از نماینده، پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان بخواهید که با ما تماس بگیرند. در رابطه با موارد معمول تحت پوشش ظرف 72 ساعت برای پوشش تصمیم گیری خواهیم کرد. برای درخواست شما جهت بازپرداخت داروهای بخش D که قبلاً خریداری کرده اید ظرف 14 روز پاسخگو خواهیم بود.
- اگر درخواست استثناء می کنید، توصیه نامه پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان را نیز بفرستید.
 - این فصل را بخوانید تا مطمئن شوید واجد شرایط تصمیم سریع هستید. (تصمیم گیری سریع معمولاً ظرف 24 ساعت انجام می شود).
 - این بخش را بخوانید تا مطمئن شوید واجد شرایط تصمیم سریع هستید! برای اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

- نوع پوشش موردنظر خود را بیان کنید. درخواست خود را از طریق تلفن، نامه یا نمابر برای ما ارسال کنید. شما، نماینده تان یا پزشک معالج شما (یا دیگر تجویزکنندگان) می توانید این درخواست را ارسال کنند. می توانید با ما با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- شما، نماینده تان یا پزشک معالج شما (یا دیگر تجویزکنندگان) یا شخصی که از جانب شما اقدام می کند می توانید تصمیم پوشش درخواست کنید. شما همچنین می توانید وکیل را از جانب خود منصوب کنید.
- برای اطلاع از اینکه چگونه به فرد دیگری اجازه دهید به عنوان نماینده شما اقدام کند بخش D در صفحه 158 را بخوانید.
- نیازی نیست به پزشک خود یا دیگر تجویزکنندگان اجازه کتبی بدهید تا بتوانند به نمایندگی از شما از ما تعیین پوشش درخواست کنند.

- اگر می خواهید از ما درخواست بازپرداخت برای یک دارو بکنید، فصل 7 این کتابچه را مطالعه کنید. فصل 7 مواردی

را توضیح می دهد که ممکن است لازم شود از ما درخواست بازپرداخت کنید. همچنین توضیحاتی داده می شود که چگونه مدارک خود را برای ما بفرستید تا ما سهم خود را از هزینه های پرداختی شما برای داروها پرداخت کنیم.

- اگر درخواست قائل شدن استثناء می کنید، "توصیه نامه پشتیبان" را ارائه دهید. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر باید به ما دلایل پزشکی برای استثناء آن دارو ارائه دهد. ما این را "توصیه نامه" می نامیم.

- پزشک معالج یا تجویزکنندگان دیگر شما می توانند این توصیه نامه را با پست یا نمابر برای ما ارسال کنند. یا اینکه پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات شما می توانند با ما تلفنی تماس بگیرند و سپس توصیه نامه را با پست یا نمابر برای ما کنند.

اگر سلامت شما ایجاب کند، می توانید از ما درخواست "تصمیم گیری سریع" کنید.

ما از "مهلت مقرر معمول" پیروی می کنیم مگر اینکه با شما برای "مهلت مقرر سریع" توافق کرده باشیم.

- یک تصمیم پوشش استاندارد بدان معنی است که ما طی 72 ساعت از زمان دریافت توصیه نامه پزشک معالج شما به شما پاسخ خواهیم داد.
- یک تصمیم پوشش سریع به این معنی است که ما به شما طی 24 ساعت از زمان دریافت توصیه نامه پزشک معالج شما به شما پاسخ خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی برای "تصمیم پوشش سریع" عبارت از "تعیین تسریع شده" می باشد.

شما فقط در صورتی می توانید درخواست تصمیم گیری سریع تر درباره میزان پوشش کنید که هنوز داروی مربوطه را دریافت نکرده باشید. (اگر برای دارویی که بهای آنرا پرداخته اید درخواست تعیین پوشش می کنید، نمی توانید درخواست تعیین پوشش سریعتر کنید.)

فقط در صورتی می توانید درخواست تصمیم گیری سریع تر کنید که مهلت مقرر معمول سلامت شما یا توانایی عملکرد شما در معرض خطر جدی قرار دهد.

اگر پزشک معالج شما یا تجویزکننده دیگری به ما اعلام کند که سلامت شما در گرو "تصمیم گیری سریعتر" است، ما بطور خودکار برای شما تصمیم گیری سریع خواهیم کرد و نامه ارسالی به شما این مطلب را تایید می کند.

- اگر (بدون پشتیبانی پزشک معالج یا دیگر تجویزکنندگان) خودتان درباره میزان پوشش درخواست تصمیم گیری سریع کنید، ما باید تصمیم بگیریم که چنین درخواست پوششی موجه است یا خیر.
- اگر ما تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما واجد شرایط تصمیم گیری سریع درباره تعیین پوشش نیست، بجای آن از مهلت های استاندارد استفاده می کنیم.

○ ما با ارسال یک نامه این امر را به شما اطلاع می دهیم. نامه مذکور برای چگونگی شکایت درباره تصمیم ما مبنی بر بررسی درخواست شما در زمان معمول به شما توضیحات لازم را خواهد داد.

○ می توانید "شکایت سریع" طرح کنید و پاسخ به شکایت خود را طی 24 ساعت دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فرآیند ارائه شکایت اعم از شکایت سریع، به بخش J در صفحه 194 مراجعه کنید.

مهلت مقرر "تصمیم گیری سریعتر درباره میزان پوشش"

- اگر از مهلت مقرر سریع تبعیت کنیم، باید ظرف 24 ساعت به شما پاسخگو باشیم. این یعنی 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما. یا، در صورتی که برای استثنا درخواست می کنید، 24 ساعت بعد از اینکه گزارش حمایت کننده از درخواست شما را از پزشک یا تجویز کننده شما دریافت کردیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.

- اگر نتوانیم به این مهلت مقرر برسیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه شما خواسته اید مثبت باشد، باید طی 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا توصیه نامه پزشک یا تجویزکننده به درخواست شما پاسخ دهیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل خود برای پاسخ منفی را توضیح خواهیم داد. در این نامه همچنین چگونگی ارائه درخواست تجدید نظر در زمینه تصمیم ما برای شما توضیح داده می شود.

مهلت مقرر "تصمیم گیری معمول" برای داروهایی که هنوز دریافت نکرده اید

- اگر ما از مهلت های مقرر استاندارد تبعیت کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. یا، در صورتی که برای استثنا درخواست می کنید، 72 ساعت بعد از اینکه گزارش حمایت کننده شما را از پزشک یا تجویز کننده شما دریافت کردیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.
- اگر نتوانیم به این مهلت مقرر برسیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما برای بخشی از درخواستان یا همه آن مثبت باشد، ظرف 72 ساعت از دریافت درخواست شما، و اگر درخواست استثنا دارید، پس از دریافت توصیه نامه پزشک معالج شما یا تجویزکنندگان دیگر باید به شما پاسخگو باشیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل خود برای پاسخ منفی را توضیح خواهیم داد. در این نامه همچنین چگونگی ارائه درخواست تجدید نظر در زمینه تصمیم ما برای شما توضیح داده می شود.

مهلت مقرر "تصمیم پوشش استاندارد" برای بازپرداخت داروهایی که قبلاً خریداری کرده اید

- ما باید تا 14 روز پس از دریافت درخواستان، نتیجه را به شما اعلام کنیم.
- اگر نتوانیم به این مهلت مقرر برسیم، درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، ما مبلغ مربوطه را طی 14 روز تقویمی برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد، ما نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل خود برای پاسخ منفی را توضیح خواهیم داد. در این نامه همچنین چگونگی ارائه درخواست تجدید نظر در زمینه تصمیم ما برای شما توضیح داده می شود.



F5. مرحله 1 تجدیدنظر برای دارو های بخش D

- برای شروع تجدیدنظر باید شما، پزشک معالج، یا درمان کننده دیگر یا نماینده تان با ما تماس بگیرید.
- اگر برای تجدید نظر معمول درخواست می دهید، می توانید درخواست خود را بصورت کتبی بفرستید. همچنین می توانید تلفنی با تماس با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) از ما درخواست تجدیدنظر کنید.
- اگر می خواهید تجدید نظر سریع درخواست کنید، می توانید بصورت کتبی یا تلفنی با ما تماس بگیرید.
- **باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ نامه ای که برای اعلام تصمیم برای شما فرستاده شده، درخواست تجدید نظر خود را ارسال نمایید.** اگر به این مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع کننده ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. برای مثال، نمونه هایی از دلایل قانع کننده برای از دست دادن یک ضرب العجل عبارتند از: ابتلا به یک بیماری شدید که از تماس شما با ما جلوگیری کرده است، یا اینکه ما اطلاعات غلط یا غیر کاملی درباره مهلت درخواست یک تجدیدنظر به شما داده باشیم.

- درخواست یک نسخه از اطلاعات مربوط به تجدید نظر، از حقوق قانونی شما است. برای درخواست یک کپی، با مراقبت مشتریان به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711)، تماس بگیرید.

اصطلاح حقوقی برای درخواست تجدید نظر از بیمه درمانی در رابطه با تصمیم درباره پوشش یک داروی بخش D "تصمیم گیری مجدد" نامیده می شود.

اگر مایل هستید، پزشک معالج شما یا دیگر تجویزکنندگان یا خودتان می توانید برای پشتیبانی از تجدید نظر اطلاعات بیشتر ارسال نمایید.

اگر سلامت شما در خطر است، درخواست "تجدیدنظر سریع" کنید

- اگر درخواست تجدید نظر شما درباره دارویی است که هنوز دریافت نکرده اید، خود شما، پزشک معالج شما یا هر تجویزکننده دیگر باید تصمیم بگیرید که آیا به "تجدید نظر سریع" نیاز هست یا خیر.
- شرایط دریافت "تجدیدنظر سریع" مشابه "تصمیم پوشش سریع" مندرج در بخش F4 در صفحه 176 است.

اصطلاح حقوقی برای "تجدید نظر سریع" عبارت از "بازنگری تسریع شده" می باشد.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدید نظر سطح 1

شما، پزشک شما یا تجویزکننده، یا نماینده شما می توانید این درخواست را به صورت کتبی با پست یا نمابر برای ما ارسال کنید. همچنین می توانید از طریق تماس تلفنی با ما درخواست تجدید نظر کنید.

- این درخواست را **ظرف مدت 60 روز تقویمی** از تاریخ تصمیمی ارسال کنید که در زمینه آن درخواست تجدیدنظر می کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای به مهلت تعیین شده نرسید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید.
- شما، پزشک معالج شما، تجویزکننده دارو و یا نماینده شما می تواند به ما تلفن و درخواست تجدید نظر سریع کند.
- این بخش را بخوانید تا مطمئن شوید واجد شرایط تصمیم سریع هستید! برای اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

طرح درمانی ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده تصمیم ما را به شما اعلام می کند

- ما به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش درمان پزشکی شما را بررسی می کنیم. ما بررسی می کنیم که همه مقررات را هنگام دادن پاسخ خیر به درخواست شما رعایت کرده ایم یا خیر. ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما، پزشک معالج شما یا دیگر تجویزکنندگان تماس بگیریم. شخصی که بازنگری می کند متفاوت از کسی است که تصمیم ابتدایی را گرفته است.

مهلت مقرر "تجدیدنظر سریع"

- اگر با مهلت مقرر سریع موافقت کرده باشیم، ظرف مدت 72 ساعت از دریافت تجدیدنظر، و حتی زودتر در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، به شما پاسخگو خواهیم بود.
- اگر نتوانیم در مدت 72 ساعت به شما پاسخ دهیم، درخواست شما را به تجدیدنظر مرحله 2 می فرستیم. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، باید طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پوشش را ارائه دهیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید منفی باشد نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و دلایل خود برای پاسخ منفی را شرح خواهیم داد.

مهلت مقرر "تجدیدنظر معمول"

- اگر مهلت مقرر معمول را مد نظر قرار داده باشیم، ظرف مدت 7 روز تقویمی از دریافت تجدیدنظر، و حتی زودتر در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، به شما پاسخگو خواهیم بود، مگر در حالتی که شما از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی که پرداخت کرده اید را به شما بازپرداخت نماییم. اگر از ما درخواست می کنید تجدیدنظر شما، به شما پاسخ خواهیم گفت. اگر سلامت شما در خطر است، درخواست "تجدیدنظر سریع" کنید.
- اگر ما ظرف 7 روز تقویمی یا 14 روز تقویمی اگر از ما خواسته باشید که هزینه داروهایی که قبلاً خریداری کرده اید، به شما پرداخت شود تصمیم خود را به شما ارائه ندهیم، ما درخواست شما را به مرحله 2 روند تجدیدنظر خواهی ارسال خواهیم کرد. در مرحله 2، یک نهاد بازنگری مستقل درخواست شما را مرور خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل آنچه شما درخواست کرده اید مثبت باشد:
 - اگر درخواست پوشش را تأیید کنیم، باید پوشش را تا جایی که وضعیت سلامتتان اجازه می دهد فوراً به شما بدهیم ولی نباید دیرتر از 7 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظرتان یا 14 روز در صورت درخواست برای بازپرداخت بابت دارویی که خریده اید باشد.
 - اگر درخواست شما برای بازپرداخت هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کرده اید بپذیریم، ظرف 30 روز از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما، مبلغ مربوطه را پرداخت خواهیم کرد.
- اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر و نحوه درخواست تجدیدنظر در مورد تصمیم ما را برای شما توضیح می دهد.



F6. مرحله 2 تجدید نظر برای دارو های بخش D

اگر پاسخ ما به همه یا بخشی از درخواست تجدیدنظرتان **خیر** باشد، می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا این تصمیم را بپذیرید یا درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه کنید. اگر تصمیم بگیرید که به مرحله 2 تجدیدنظر بروید، نهاد بازنگری مستقل (IRE) تصمیم ما را مورد بازبینی قرار خواهد داد.

- اگر مایل هستید که IRE پرونده شما را بازنگری کند، درخواست تجدیدنظر خواهی شما باید بصورت کتبی باشد. نامه ای که برای اعلام نتیجه تجدید نظر مرحله 1 برای شما می فرستیم، روند درخواست تجدید نظر مرحله 2 را شرح می دهد.
- وقتی برای IRE درخواست تجدیدنظر می فرستید، پرونده شما را برای آنها ارسال می کنیم. شما این حق را دارید که یک کپی از پرونده خود را از طریق تماس با مراقبت مشتری با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) از ما بخواهید.

- شما از این حق برخوردار هستید تا برای پشتیبانی از درخواست تجدید نظر خود اطلاعات بیشتر به IRE ارائه کنید.

- IRE یک سازمان مستقل می باشد که توسط Medicare استخدام شده است. این نهاد به این طرح درمانی مربوط نیست و نمایندگی دولتی نیز نمی باشد.

- بررسی کنندگان IRE به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را بازنگری می کنند. این سازمان برای شما نامه ای می فرستد و تصمیم خود را اعلام می کند.

اصطلاح **حقوقی** برای درخواست تجدید نظر از IRE درباره یک داروی بخش D "**تصمیم گیری مجدد**" نامیده می شود.

مهلت مقرر "تجدیدنظر سریع" در مرحله 2

- اگر سلامت شما در خطر است، از (IRE) درخواست یک "تجدید نظر سریع" کنید.
- اگر IRE با "تجدیدنظر سریع" شما موافق باشد، باید ظرف 72 ساعت از زمان دریافت تجدیدنظر مرحله 2 به شما پاسخگو باشد.
- اگر پاسخ IRE به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید **مثبت** باشد، ما باید یا پوشش دارویی را طی 24 ساعت پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما تایید کرده و یا ارائه دهیم.

مهلت مقرر "تجدیدنظر معمول" در مرحله 2

- اگر شما درخواست یک تجدیدنظر استاندارد مرحله 2 کرده باشید، نهاد بازنگری مستقل (IRE) باید ظرف مدت 7 روز تقویمی از زمان دریافت تجدیدنظر مرحله 2 شما یا 14 روز تقویمی اگر از ما خواسته باشید که هزینه داروهای که قبلاً خریداری کرده اید، به شما پرداخت شود به شما پاسخگو باشد.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدید نظر مرحله 2

اگر مایل هستید که نهاد بررسی مستقل پرونده شما را بازنگری کند، درخواست شما باید بصورت کتبی باشد.

- این درخواست را **ظرف مدت 60 روز تقویمی** از تاریخ تصمیمی ارسال کنید که در زمینه آن درخواست تجدیدنظر می کنید. اگر به دلیل قانع کننده ای به مهلت تعیین شده نرسید، باز هم می توانید درخواست تجدید نظر کنید.
- شما، پزشک معالج شما، تجویزکننده دارو و یا نماینده شما می تواند درخواست تجدید نظر مرحله 2 کند.
- این بخش را بخوانید تا مطمئن شوید واجد شرایط تصمیم سریع هستید! برای اطلاعات مربوط به مهلت زمانی تصمیم گیری ها نیز این بخش را مطالعه کنید.

- اگر پاسخ IRE به بخشی یا همه آنچه که شما خواسته اید مثبت باشد، ما باید یا پوشش دارویی را طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما تایید کرده و یا ارائه دهیم.

- اگر IRE درخواست شما برای بازپرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را بپذیرد، ما ظرف 30 روز تقویمی از زمان دریافت نتیجه تجدیدنظر شما، مبلغ مربوطه را پرداخت خواهیم کرد.

در صورت عدم موافقت نهاد بازننگری مستقل با تجدید نظر مرحله 2 چه باید کرد؟

نظر منفی به این معنی است که نهاد بازننگری مستقل (IRE) با تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش شما موافق است. به این تصمیم اصطلاح "باقی به قوت" اطلاق می شود. به این "تایید تصمیم" یا "رد درخواست شما" گفته می شود.

اگر می خواهید به مرحله 3 روند تجدید نظر بروید، داروهایی که درخواست می کنید باید از یک مبلغ نقدی حداقلی برخوردار باشد. اگر مبلغ نقدی مربوطه کمتر از مقدار حداقلی باشد، دیگر نمی توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر مبلغ نقدی به اندازه کافی بالا باشد، می توانید درخواست یک تجدید نظر مرحله 3 را ارائه کنید. نامه ای که از IRE دریافت خواهید کرد مقدار دلاری که برای ادامه فرآیند تجدید نظر لازم است را به شما اطلاع خواهد داد.

G. درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان

وقتی در بیمارستان بستری می شوید، حق شماست که از همه خدمات بیمارستانی که تحت پوشش ماست و برای تشخیص و درمان بیماری یا آسیب دیدگی شما لازم است، بهره مند شوید.

طی دوران بستری شما در بیمارستان، پزشک معالج تان و کارکنان بیمارستان با شما به منظور آمادگی برای روزی که بیمارستان را ترک می کنید همکاری خواهند کرد. همچنین کمک های مورد نیاز شما پس از ترخیص نیز برنامه ریزی می شود.

- روزی که بیمارستان را ترک کنید "تاریخ ترخیص" نامیده می شود.
- پزشک معالج یا دیگر کارکنان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه روزی است.

اگر معتقدید که زودتر از موعد ترخیص می شوید، می توانید درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان ارسال کنید. این بخش چگونگی چنین درخواستی را شرح می دهد.

G1. کسب اطلاع در زمینه حقوق Medicare خود

ظرف دو روز از زمان بستری شما در بیمارستان، مسئول پرونده یا پرستاران به شما نامه ای خواهد داد تحت عنوان An Important Message from Medicare about Your Rights (پیام مهم از Medicare درباره حق و حقوق شما). اگر چنین نامه ای را دریافت نکردید، می توانید از هر یک از کارکنان بیمارستان آن را بخواهید. در صورت نیاز به کمک، شما می توانید با مراقبت مشتریان با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-466-2048 تماس بگیرند.

نامه مذکور را به دقت بخوانید و اگر هر قسمتی را متوجه نمی شوید سوال کنید. این "پیام مهم" درباره حقوق شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان می باشد، که شامل موارد زیر می شود:

- بهره مند شدن از خدمات تحت پوشش Medicare در زمان بستری و پس از ترخیص. این حق شما است که بدانید این خدمات چه هستند، چه کسی هزینه آن را می پردازد، و چگونه می توان به این خدمات دسترسی یافت.
- مشارکت داشتن در تصمیم گیری برای مدت بستری بودن خود.
- بدانید که در صورت وجود هرگونه نگرانی درباره کیفیت درمان بیمارستان خود با کجا تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825 TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.



- اگر معتقدید زودتر از موقع ترخیص می شوید، درخواست تجدید نظر کنید.

شما باید اعلامیه Medicare را امضاء کنید تا تایید کنید که آن را دریافت کرده اید و آنچه درباره حقوق شما نوشته شده است را متوجه شده اید. امضاء این اعلامیه بدین معنی نیست که شما با تاریخ ترخیصی که ممکن است پزشک تان یا کارکنان بیمارستان به شما اعلام کرده باشند موافق باشید.

نسخه امضاء شده را برای خود نگه دارید تا اطلاعات مربوطه را در صورت لزوم داشته باشید.

- برای مشاهده یک نسخه از این اعلانیه از پیش، شما می توانید با مراقبت مشتری با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. شما همچنین می توانید 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

- شما همچنین می توانید به این اعلامیه به صورت آنلاین در آدرس

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppeal/Notices مراجعه کنید.

- در صورت نیاز به کمک، لطفاً با مراقبت مشتری یا با Medicare به شماره های ذکر شده فوق تماس بگیرید.

G2. مرحله 1 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر می خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، باید درخواست تجدید نظر کنید. سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را بررسی خواهد داد تا ببیند که آیا تاریخ ترخیص تعیین شده از لحاظ پزشکی برای شما مناسب است. در کالیفرنیا، سازمان ارتقای کیفیت را Livanta BFCC-QIO می نامند.

برای یک درخواست تجدید نظر برای تغییر تاریخ مرخص شدن خود از بیمارستان با Livanta BFCC-QIO به این شماره ها تماس بگیرید: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

همین حالا تماس بگیرید!

با Quality Improvement Organization پیش از ترک بیمارستان و تاریخ ترخیص پیشبینی شده خود تماس بگیرید. "پیام مهم از Medicare درباره حقوق شما" حاوی اطلاعاتی درباره نحوه تماس با سازمان ارتقاء کیفیت می باشد.

نگاه اجمالی: چگونه برای تغییر تاریخ ترخیص درخواست تجدیدنظر مرحله 1 داد

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید و "بازنگری سریع" درخواست کنید.

پیش از ترک بیمارستان و پیش از تاریخ پیشبینی شده ترخیص خود به ما تلفن کنید.

- اگر پیش از ترک بیمارستان تماس بگیرید، می توانید حتی پس از تاریخ ترخیص پیشبینی شده تان بدون پرداخت مبلغی در بیمارستان بمانید تا نتیجه تجدید نظر تان از سازمان ارتقاء کیفیت برگردد.

- اگر برای تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم شود کل هزینه خدمات بیمارستانی که پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان دریافت کرده اید را پرداخت کنید.

- اگر مهلت مقرر تماس با سازمان ارتقاء کیفیت برای ارسال

درخواست تجدیدنظر را از دست دهید، می توانید درخواست خود را مستقیماً با طرح ما مطرح کنید. برای جزئیات بیشتر، به بخش G4 در صفحه 186 مراجعه کنید.



- از آنجایی که هزینه بستری شدن در بیمارستان هم تحت پوشش Medicare و هم تحت پوشش Medi-Cal می باشد، چنانچه سازمان ارتقاء کیفیت از شما تماسی مبنی بر تمدید دوره بستری تان در بیمارستان نداشته باشد، یا معتقد باشید که وضعیت شما اضطراری، یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما است، یا شما درد شدیدی دارید، همچنین می توانید با مراجعه به بخش مراقبت های بهداشتی کالیفرنیا (DMHC) برای یک بررسی پزشکی مستقل شکایت کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید.

تلاش ما این است که شما بدانید که چه اقدامی باید بکنید و چه مهلت مقرری وجود دارد.

- در صورت نیاز از ما کمک بخواهید. در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک، لطفاً با مراقبت مشتری با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با Health Insurance برنامه مشاوره و حمایت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. به روش دیگر، شما می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

Quality Improvement Organization چیست؟

پیش از ترک نمایندگی یا تسهیلات درمانی و پیش از تاریخ پیشبینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید. این متخصصین جزئی از طرح درمانی ما نیستند. آنها توسط Medicare استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند.

درخواست "بازنگری سریع"

شما باید در زمینه ترخیص خود از Quality Improvement Organization درخواست یک "بازنگری سریع" کنید. درخواست "بازنگری سریع" یعنی از سازمان درخواست کنید به جای استفاده از مهلت مقرر معمول تجدید نظر از مهلت مقرر سریع استفاده کند.

اصطلاح حقوقی "بازنگری سریع" عبارت "بازبینی فوری" می باشد.

در زمان بازنگری سریع چه اتفاقی می افتد؟

- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید که پوشش شما باید پس از تاریخ ترخیص پیشبینی شده شما ادامه پیدا کند. لزومی ندارد که پاسخی بصورت کتبی آماده کنید ولی اگر تمایل دارید مانعی وجود ندارد.
- بررسی کنندگان به پرونده پزشکی شما مراجعه کرده با پزشک معالج شما تماس می گیرند و همه اطلاعات مربوط به بستری شما را بازنگری می کنند.
- تا ظهر روز بعد از تاریخی که بررسی کنندگان درباره درخواست تجدید شما به شما اطلاع رسانی می کنند، شما یک نامه دریافت می کنید که تاریخ برنامه ریزی شده ترخیص شما از بیمارستان در آن ذکر شده است. این نامه توضیح خواهد داد که چرا پزشک معالج شما، بیمارستان و ما فکر می کنیم که تاریخ مذکور برای ترخیص شما مناسب است.



اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی عبارت از "اعلامیه همراه با جزئیات ترخیص" می باشد. شما می توانید برای دریافت نمونه ای از این اعلامیه با مراقبت مشتری با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) 24، ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا می توانید نمونه آنلاین این اعلامیه را به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

اگر پاسخ مثبت باشد چه می شود؟

- اگر سازمان ارتقاء کیفیت به تجدید نظر پاسخ مثبت دهد، ما ملزم هستیم تا زمانی که از نظر پزشکی لازم است خدمات بیمارستانی شما را پوشش دهیم.

اگر پاسخ منفی باشد چه می شود؟

- اگر پاسخ سازمان ارتقاء کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، بدین معنی است که تاریخ پیشبینی شده ترخیص شما با توجه به مسایل پزشکی صحیح است. در این صورت، پوشش خدمات بستری شما در بیمارستان ظهر روزی پس از دریافت پاسخ سازمان ارتقاء کیفیت خاتمه داده خواهد شد.
- اگر سازمان ارتقاء کیفیت پاسخ منفی داده و شما تصمیم بگیرید که در بیمارستان بمانید، آنگاه ممکن است مجبور شوید هزینه اقامت خود در بیمارستان را بپردازید. هزینه مراقبت های بیمارستانی که ممکن است شما مجبور به پرداخت آن شوید، از بعد از ظهر روزی شروع می شود که سازمان ارتقاء کیفیت به شما پاسخ می دهد.
- اگر سازمان ارتقاء کیفیت با درخواست تجدیدنظر شما موافقت نکند، و شما پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان در بیمارستان بمانید، همانطور که در بخش بعدی توضیح داده شده است، می توانید یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ارائه کنید.

G3. مرحله 2 تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

اگر سازمان ارتقاء کیفیت با درخواست تجدیدنظر شما موافقت نکند، و شما پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان در بیمارستان بمانید، می توانید یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 ارائه کنید. باید با سازمان ارتقاء کیفیت تماس بگیرید و درخواست بازنگری مجدد کنید. درخواست تجدید نظر مرحله 2 باید تا 60 روز تقویمی از تاریخ اعلام نظر منفی Quality Improvement Organization در مرحله 1 ارسال شود. فقط در صورتی می توانید درخواست بازنگری کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان مانده باشید. در کالیفرنیا، Quality Improvement Organization را Livanta BFCC-QIO می نامند. شما می توانید با Livanta BFCC-QIO (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 تماس بگیرید.

- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت بار دیگر بدقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را بازنگری می کنند.
- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت طی 14 روز پس از دریافت درخواست شما برای تغییر تاریخ ترخیص تصمیم گیری خواهند کرد.

نگاه اجمالی: چگونه برای تغییر تاریخ ترخیص درخواست تجدیدنظر مرحله 2 داد

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید و بازنگری دیگری را درخواست کنید.



اگر پاسخ مثبت باشد چه می شود؟

- ما ملزم خواهیم بود که سهم خود از هزینه های بیمارستان را از زمان ظهر روز بعد از اعلام نتیجه تجدید نظر اول به شما بازپرداخت کنیم. ما ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که لازم است در بیمارستان بستری باشید، شما را پوشش دهیم.
- شما باید کماکان سهم خود را بپردازید و محدودیت هایی برای پوشش شما وجود دارد.

اگر پاسخ منفی باشد چه می شود؟

- به این معنی خواهد بود که سازمان ارتقاء کیفیت با تصمیم مرحله 1 موافق است و آن را تغییر نخواهد داد. این نامه به شما خواهد گفت که اگر تمایل به درخواست تجدید نظر دارید چه اقدامی می توانید بکنید.
- اگر سازمان ارتقاء کیفیت با درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما موافقت نکند، ممکن است لازم شود کل هزینه خدمات بیمارستانی که پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان دریافت کرده اید را پرداخت کنید.
- شما همچنین می توانید شکایت کنید یا از DMHC نیز یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود درخواست کنید. لطفاً جهت اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید.

G4. اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر ندهید، چه باید کرد؟

- اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر ندهید، راه دیگری برای تجدیدنظر مرحله 1 و 2 وجود دارد، تحت عنوان تجدیدنظر جایگزین. ولی دو مرحله نخستین تجدید نظر خواهی متفاوت هستند.

مرحله 1 تجدیدنظر جایگزین برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

- اگر پیش از زمان مهلت مقرر به سازمان ارتقاء کیفیت درخواست تجدیدنظر ندهید (که ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، باشد) می توانید به ما درخواست "بازنگری سریع" ارسال کنید. بازنگری سریع نوعی تجدید نظر است که نسبت به تجدید نظر استاندارد سریع تر انجام می شود.

نگاه اجمالی: چگونه درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1 ارسال کنم

با شماره مراقبت مشتری تماس بگیرید و "بازنگری سریع" تاریخ ترخیص از بیمارستان را درخواست کنید.

ما تصمیم خود را طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تان به شما اعلام خواهیم کرد.

- در طی این بازنگری، ما همه اطلاعات مربوط به بستری شدن شما در بیمارستان را مورد بررسی قرار می دهیم. ما این موضوع را بررسی خواهیم کرد که آیا تصمیم در مورد زمانی که باید بیمارستان را ترک کنید عادلانه بوده است و از همه مقررات پیروی کرده است یا خیر.
- برای پاسخگویی به این بازنگری، از مهلت مقرر سریع استفاده می کنیم نه از مهلت مقرر معمول. ما ظرف 72 ساعت از زمان درخواست شما برای "بازنگری سریع" تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد.

- **اگر پاسخ ما به بازنگری سریع مثبت باشد،** به این معنی است که با شما موافقم و می توانید پس از تاریخ ترخیص پیشبینی شده در بیمارستان بمانید. خدمات بیمارستانی شما را تا زمانی که از نظر پزشکی نیاز باشد پوشش خواهیم داد.
- این همچنین به این معنی می باشد که از زمانی که به شما اعلام شده که پوشش شما پایان می یابد، ما می پذیریم که سهم خود را از هزینه هایی که شما متحمل شده اید پرداخت کنیم.



- اگر پاسخ ما به بازنگری سریع منفی باشد، به معنی این است که تاریخ ترخیص پیشبینی شده شما از نظر پزشکی متناسب است. پوشش خدمات بیمارستانی شما در همان روزی که اعلام کرده بودیم پایان می یابد.
- اگر پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم شود هزینه کامل خدماتی که در بیمارستان پس از تاریخ ترخیص دریافت کرده اید را پرداخت کنید.
- برای اینکه مطمئن شویم همه مقررات را هنگام پاسخ خیر دادن به درخواست تجدیدنظر سریع شما رعایت کرده ایم، تجدیدنظر شما را برای نهاد بررسی مستقل ارسال خواهیم کرد. هنگامی که ما این کار را انجام می دهیم، این بدان معنی می باشد که پرونده شما به طور خودکار به مرحله 2 روند تجدید نظر می رود.

اصطلاح حقوقی برای "مرور سریع" یا "تجدید نظر سریع" عبارت "تجدید نظر تسریع شده" می باشد.

مرحله 2 تجدیدنظر جایگزین برای تغییر تاریخ ترخیص از بیمارستان

در زمان اعلام نتیجه مرحله 1 به شما، ظرف 24 ساعت اطلاعات مربوط به تجدیدنظر مرحله 2 را به نهاد بازنگری مستقل (IRE) خواهیم فرستاد. اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرری را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه ارائه شکایت، به بخش J در صفحه 206 مراجعه کنید.

نگاه اجمالی: چگونه درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2 ارسال کنم

لازم نیست که شما هیچ اقدامی بکنید. طرح درمان شما بطور خودکار درخواست تجدید نظر شما را به نهاد بررسی مستقل می فرستد.

در روال تجدیدنظر سطح 2، IRE تصمیمتان در راستای پاسخ خیر به درخواست "بررسی سریع" شما را بررسی می کند. این سازمان در مورد این که تصمیم ما باید تغییر کند یا خیر تصمیم می گیرد.

- IRE تجدیدنظر شما را مورد "بازنگری سریع" قرار می دهد. بررسی کنندگان معمولاً طی 72 ساعت به شما پاسخ خواهند داد.

- IRE یک سازمان مستقل می باشد که توسط Medicare

استخدام شده است. این نهاد به این طرح درمانی مربوط نیست و نمایندگی دولتی نیز نمی باشد.

- بررسی کنندگان IRE به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما برای ترخیص از بیمارستان را بازنگری می کنند.
- اگر IRE به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، ما باید سهم خود از هزینه خدمات بیمارستان که شما پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص خود دریافت کرده اید را به شما بازپرداخت کنیم. ما ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم می باشد به پوشش خدمات بیمارستانی شما ادامه دهیم.
- اگر پاسخ IRE به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، بدین معنی است که با تصمیم ما مبنی بر این که تاریخ ترخیص بیمارستان صحیح بوده است موافق هستند.
- نامه ای که از IRE دریافت خواهید کرد به شما خواهد گفت که اگر تمایل به ادامه روند بازنگری دارید چه اقدامی می توانید بکنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 3 که توسط قاضی رسیدگی می شود را ارسال کنید.

شما همچنین می توانید شکایت کنید و از DMHC نیز یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود درخواست کنید. لطفاً جهت اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4

در صفحه 167 مراجعه کنید. شما می توانید علاوه بر یا به جای درخواست تجدید نظر مرحله 3، یک درخواست بازبینی مستقل پزشکی را مطرح کنید.

H. اگر فکر می کنید که خدمات مراقبت های خانگی، مراقبت های پرستاران ورزیده، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی شما زودتر از زمان بهبودی شما پایان می یابد، چه باید کرد

این بخش فقط درباره خدمات زیر است:

- خدمات مراقبت سلامت در منزل.
- مراقبت های پرستاران ورزیده در تسهیلات پرستاری حرفه ای.
- مراقبت های بازتوانی که در تسهیلات توانبخشی سرپایی (CORF) مورد تایید Medicare دریافت می کنید. معمولاً به این معنی است که برای بیماری یا تصادف درمان می شوید یا اینکه در دوره نقاهت بعد از عمل جراحی بزرگ هستید.
 - برای هر یک از این نوع خدمات شما از این حق برخوردار هستید که تا زمان مورد تشخیص پزشک خود این خدمات را تحت پوشش بیمه دریافت کنید.
 - در صورت تصمیم به توقف در پوشش دادن هر یک از این خدمات، ما باید پیش از توقف پوشش این خدمات به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش شما برای این مراقبت ها پایان یابد، ما پرداخت به شما را برای خدمات درمانی تان را قطع خواهیم کرد.

اگر معتقدید که پوشش درمانی شما زودتر از موقع پایان می یابد، می توانید برای تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. در این بخش چگونگی درخواست تجدید نظر شرح داده شده است.

H1. ما پیشاپیش متوقف کردن پوشش شما را به شما اعلام خواهیم کرد

شما حداقل دو روز پیش از خاتمه دادن به پرداخت هزینه خدمات درمانی تان یک اعلامیه دریافت خواهید کرد. این اعلامیه "عدم پوشش Medicare خوانده می شود." اطلاعیه کتبی که به شما داده می شود تاریخ اتمام پوشش شما و نحوه تجدیدنظر در این تصمیم را اعلام می کند.

شما یا شخصی به نمایندگی شما باید اطلاعیه کتبی را امضاء کند تا دریافت آن قابل اثبات باشد. امضای این اطلاعیه کتبی به معنی این نیست که شما با طرح پوشش درباره اتمام پوشش اتفاق نظر دارید.

با پایان یافتن پوشش خدمات شما، ما دیگر سهم خود از هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت نخواهیم کرد.

H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه مراقبت های خود

اگر معتقدید که پوشش درمانی شما زودتر از موقع پایان می یابد، می توانید در زمینه تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. در این بخش چگونگی درخواست تجدید نظر شرح داده شده است.

پیش از شروع رویه تجدیدنظرخواهی، لطفاً دقت نمایید که چه اقدامی باید بکنید و چه مهلت های مقرر وجود دارند.

- پیش از مهلت مقرر اقدام کنید. مهلت مقرر مهم است. مطمئن شوید که مهلت های زمانی مربوط به امور خود را متوجه شوید و به آنها عمل کنید. بیمه ما نیز باید مهلت های زمانی را رعایت کند. (اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت



مقرر دیگر را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت، به بخش J در صفحه 194 مراجعه کنید.)

- در صورت نیاز از ما کمک بخواهید. در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک، لطفاً با مراقبت مشتری با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. یا با برنامه کمکی بیمه درمانی ایالت خود با شماره 1-877-839-2675 تماس بگیرید.

نگاه اجمالی: چگونه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 برای ادامه درمان ارسال کنم

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید و "درخواست تجدید نظر سریع" درخواست کنید.

پیش از ترک آژانس یا تسهیلات درمانی و پیش از تاریخ پیشبینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید.

در طی روند درخواست تجدیدنظر مرحله 1، یک سازمان ارتقاء کیفیت درخواست تجدیدنظر خواهی شما را مورد بررسی قرار داده و تصمیم می گیرد که آیا تصمیم گرفته شده توسط ما باید تغییر نماید. در کالیفرنیا، Quality Improvement Organization را Livanta BFCC-QIO می نامند. شما می توانید با 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) با این شماره ها تماس بگیرید. اطلاعات در مورد درخواست تجدید نظر از سازمان ارتقاء کیفیت همچنین در "اطلاعیه عدم پوشش Medicare" موجود می باشد. این اطلاعیه ای است که وقتی به شما گفته شد ما مراقبت های خود را متوقف خواهیم کرد دریافت خواهید کرد.

Quality Improvement Organization چیست؟

پیش از ترک نمایندگی یا تسهیلات درمانی و پیش از تاریخ پیشبینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید. این متخصصین جزئی از طرح درمانی ما نیستند. آنها توسط Medicare استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند.

چه چیزی را باید درخواست کنید؟

از آنها یک "تجدید نظر سریع" را درخواست کنید. این یک بازبینی مستقل در این زمینه می باشد که آیا از نظر پزشکی برای ما توجیه پذیر می باشد تا پوشش درمانی شما را متوقف نکنیم.

مهلت تماس با این سازمان چقدر است؟

- نباید دیرتر از ظهر روز بعد از دریافت اطلاعیه کتبی ما مبنی بر توقف پوشش درمانی شما با Quality Improvement Organization تماس بگیرید.
- اگر به مهلت تماس با سازمان ارتقاء کیفیت برای ارسال درخواست تجدیدنظر نرسید، می توانید درخواست خود را مستقیماً به طرح درمانی ما بفرستید. برای اطلاع درباره روش دیگر درخواست تجدیدنظر به بخش H4 در صفحه 191 مراجعه کنید.
- اگر سازمان ارتقاء کیفیت از شما تماسی مبنی بر تمدید دوره بستری تان در بیمارستان نداشته باشد، یا معتقد باشید که وضعیت شما اضطراری، یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما است، یا شما درد شدیدی دارید، همچنین می توانید با مراجعه به بخش مراقبت های بهداشتی کالیفرنیا (DMHC) برای یک بررسی پزشکی مستقل شکایت کنید. لطفاً جهت اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید.



اصطلاح حقوقی برای این اطلاعیه کتبی، "اعلامیه عدم پوشش Medicare" است. برای درخواست یک نمونه از این اعلامیه، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته با مراقبت مشتری به شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا به یک نسخه آنلاین در www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices مراجعه کنید.

در زمان بازنگری سازمان ارتقاء کیفیت چه می گذرد؟

- بررسی کنندگان Quality Improvement Organization از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید که پوشش شما باید پس از تاریخ ترخیص پیشبینی شده شما ادامه پیدا کند. لزومی ندارد که پاسخی بصورت کتبی آماده کنید ولی اگر تمایل دارید مانعی وجود ندارد.
- وقتی درخواست یک تجدید نظر می کنید، طرح باید نامه ای برای شما و سازمان ارتقاء کیفیت ارسال کند و دلایل پایان دادن به خدمات شما را توضیح دهد.
- بررسی کنندگان همچنین پرونده پزشکی شما را مطالعه کرده با پزشک معالج شما تماس می گیرند و اطلاعات ارسال شده از سوی طرح پوشش درمانی را نیز بازنگری می کنند.
- **بازنگران پس از یک روز کامل از زمان مرور اطلاعات مورد نیاز خود تصمیم شان را به شما اعلان خواهند کرد.** نامه ای دریافت خواهید کرد که در آن تصمیم اتخاذ شده برای شما توضیح داده می شود.

اصطلاح حقوقی برای نامه ای که دلایل خاتمه یافتن پوشش خدمات شما را شرح می دهد، "شرح مفصل عدم پوشش" نام دارد.

اگر پاسخ بازنگری مثبت باشد چه می شود؟

- اگر پاسخ بررسی کنندگان نسبت به درخواست تجدیدنظر شما مثبت باشد، ما باید به پوشش خدمات درمانی شما یا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه بدهیم.

اگر پاسخ بازنگری منفی باشد چه می شود؟

- اگر بررسی کنندگان پاسخ منفی دهند، پوشش شما در تاریخی که به شما اعلام کرده بودیم متوقف می شود. پرداخت سهمیه خود از هزینه های خدمات شما را متوقف خواهیم کرد.
- اگر تصمیم بگیرید که خدمات مراقبت در منزل، خدمات مراقبتی مراکز پرستاری حرفه ای، یا مرکز توانبخشی سرپایی جامع (CORF) را پس از پایان تاریخ پوشش خود ادامه دهید، باید هزینه کامل خدمات درمانی را خودتان پرداخت کنید.

H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای ادامه مراقبت های خود

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ خیر بدهد و شما تصمیم بگیرید که به دریافت خدمات بعد از خاتمه پوشش ادامه دهید، می توانید تجدیدنظر سطح 2 را درخواست کنید.

در طی دوره درخواست تجدیدنظر مرحله 2، شما می توانید از سازمان ارتقاء کیفیت بخواهید که تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 را دوباره مرور کند. اگر آنها بگویند که با تصمیم اتخاذ شده در مرحله 1 موافق هستند، ممکن است لازم شود شما هزینه کامل خدمات مراقبت در منزل، تسهیلات پرستاری حرفه ای، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل (CORF) را برای مدت پس از تاریخی که ما اعلام کردن پوشش دادن آنها را متوقف می کنیم خودتان پرداخت کنید.



نگاه اجمالی: روش طرح یک درخواست تجدید نظر 2 برای درخواست اینکه طرح مراقبت های شما را برای مدت طولانی تری مورد پوشش قرار دهد

با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید و بازنگری دیگری را درخواست کنید.

پیش از ترک آژانس یا تسهیلات درمانی و پیش از تاریخ پیشبینی شده ترخیصتان به ما تلفن کنید.

در کالیفرنیا، Quality Improvement Organization (Livanta BFCC-QIO) می نامند. شما می توانید با Livanta BFCC-QIO با این شماره ها تماس بگیرید: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). درخواست تجدید نظر مرحله 2 باید تا 60 روز تقویمی از تاریخ اعلام نظر منفی Quality Improvement Organization در مرحله 1 ارسال شود. فقط در صورتی می توانید درخواست بازنگری کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان مانده باشید.

- بررسی کنندگان سازمان ارتقاء کیفیت بار دیگر بدقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را بازنگری می کنند.

- سازمان ارتقاء کیفیت طی 14 روز پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تصمیم خود را اعلام خواهد کرد.

اگر پاسخ بازنگری سازمان مثبت باشد چه می شود؟

- ما باید سهم هزینه های خود بابت درمانی که پس از تاریخ خاتمه پوششتان دریافت کردید را به شما بازپرداخت کنیم. ما باید به پوشش درمانی تا زمانی که از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه دهیم.

اگر پاسخ بازنگری سازمان منفی باشد چه می شود؟

- به این معنی است که با تصمیم مرحله 1 خود موافقت و آن را تغییر نمی دهند.
- نامه ای دریافت خواهید کرد که به شما خواهد گفت در صورت تمایل به ادامه روند بازنگری چه اقدامی می توانید بکنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه درخواست تجدید نظر مرحله 3 که توسط قاضی رسیدگی می شود را ارسال کنید.
- شما می توانید شکایتی را مطرح کرده و از DMHC بررسی مستقل پزشکی بخواهید تا پوشش خدمات درمانی شما را ادامه دهد. لطفاً برای اطلاع از درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید. شما می توانید علاوه بر تجدیدنظر مرحله 3 یا به جای بررسی مستقل پزشکی، از DMHC شکایت کرده و آن را بخواهید.

H4. اگر پیش از زمان مهلت مقرر مرحله 1، درخواست تجدیدنظر ندهید چه اتفاقی می افتد؟

اگر پیش از زمان مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر ندهید، راه دیگری برای تجدیدنظر مرحله 1 و 2 وجود دارد، تحت عنوان تجدیدنظر جایگزین. ولی دو مرحله نخستین تجدید نظر خواهی متفاوت هستند.

مرحله 1 تجدیدنظر جایگزین برای ادامه خدمات

اگر پیش از زمان مهلت مقرر به سازمان ارتقاء کیفیت درخواست تجدیدنظر ندهید، می توانید به ما درخواست "بازنگری سریع" ارسال کنید. بازنگری سریع نوعی تجدید نظر است که نسبت به تجدید نظر استاندارد سریع تر انجام می شود.

- در طول این بررسی، ما تمام اطلاعات مربوط به مراقبت های سلامتی شما در منزل، مراقبت های مرکز پرستاری حرفه ای و یا مراقبت هایی را که در مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF) دریافت کرده اید را مرور می کنیم. ما این موضوع را بررسی خواهیم کرد که آیا تصمیم گیری در مورد زمان توقف خدمات شما عادلانه بوده و از همه مقررات پیروی کرده است یا خیر.



نگاه اجمالی: چگونه درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1 ارسال کنم

با شماره مراقبت مشتری تماس بگیرید و "بازنگری سریع" را درخواست کنید.

ما تصمیم خود را طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تان به شما اعلام خواهیم کرد.

- برای پاسخگویی به این بازنگری، از مهلت مقرر سریع استفاده می کنیم نه از مهلت مقرر معمول. ظرف 72 ساعت از زمان درخواست شما برای "بازنگری سریع" تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد.

- اگر پاسخ ما به درخواست بازنگری سریع شما مثبت باشد بدین معنی است که موافقت کرده ایم به پوشش خدمات درمانی شما در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم.

- این همچنین به این معنی می باشد که از زمانی که به شما اعلام شده که پوشش شما پایان می یابد، ما می پذیریم که سهم خود را از هزینه هایی که شما متحمل شده اید پرداخت کنیم.

- اگر پاسخ ما به بازنگری سریع منفی باشد، به معنی این است که اتمام پوشش درمانی شما از نظر پزشکی متناسب است. پوشش درمانی تان از روزی که به شما اعلام شده بود، قطع خواهد شد.

اگر پس از تاریخ اعلام شده اتمام پوشش تان کماکان از خدمات استفاده کنید، ممکن است لازم شود هزینه کامل این خدمات را خودتان بپردازید.

برای اینکه مطمئن شویم همه مقررات را هنگام پاسخ خیر دادن به درخواست تجدیدنظر سریع شما رعایت کرده ایم، تجدیدنظر شما را برای نهاد بررسی مستقل ارسال خواهیم کرد. هنگامی که ما این کار را انجام می دهیم، این بدان معنی می باشد که پرونده شما به طور خودکار به مرحله 2 روند تجدید نظر می رود.

اصطلاح حقوقی برای "مرور سریع" یا "تجدید نظر سریع" عبارت "تجدید نظر تسريع شده" می باشد.

مرحله 2 تجدیدنظر جایگزین برای ادامه خدمات

در زمان اعلام نتیجه مرحله 1 به شما، ظرف 24 ساعت اطلاعات مربوط به تجدیدنظر مرحله 2 را به نهاد بازنگری مستقل (IRE) خواهیم فرستاد. اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرری را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه ارائه شکایت، به بخش J در صفحه 194 مراجعه کنید.

نگاه اجمالی: چگونه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای تمدید طول درمان ارسال کنم

لازم نیست که شما هیچ اقدامی بکنید. طرح درمان شما بطور خودکار درخواست تجدید نظر شما را به نهاد بررسی مستقل می فرستد.

در روال تجدیدنظر سطح 2، IRE تصمیمتان در راستای پاسخ خیر به درخواست "بررسی سریع" شما را بررسی می کند. این سازمان در مورد این که تصمیم ما باید تغییر کند یا خیر تصمیم می گیرد.

- IRE تجدیدنظر شما را مورد "بازنگری سریع" قرار می دهد. بررسی کنندگان معمولاً طی 72 ساعت به شما پاسخ خواهند داد.

- IRE یک سازمان مستقل می باشد که توسط Medicare استخدام شده است. این نهاد به این طرح درمانی مربوط نیست و نمایندگی دولتی نیز نمی باشد.

- بررسی کنندگان IRE به دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را بازنگری می کنند.

• اگر پاسخ IRE به تجدیدنظر شما بله باشد، آنوقت باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت را به شما بازپرداخت کنیم. ما همچنین ملزم خواهیم بود که کماکان تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم می باشد به پوشش خدمات بیمارستانی شما ادامه دهیم.

• اگر پاسخ IRE به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، بدین معنی است که آنها با تصمیم ما موافق هستند که اتمام خدمات شما از لحاظ پزشکی صحیح بوده است.

نامه ای که از IRE دریافت خواهید کرد به شما خواهد گفت که اگر تمایل به ادامه روند بازنگری دارید چه اقدامی می توانید بکنید. این نامه برای شما توضیح خواهد داد که چگونه درخواست تجدیدنظر مرحله 3 که توسط قاضی رسیدگی می شود را ارسال کنید.

شما همچنین می توانید شکایتی را مطرح کرده و از DMHC بررسی مستقل پزشکی بخواهید تا پوشش خدمات درمانی شما را ادامه دهد. لطفاً برای اطلاع از درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 167 مراجعه کنید. شما می توانید علاوه بر درخواست تجدیدنظر سطح 3 یا به جای درخواست بررسی مستقل پزشکی، شکایت کرده و درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

I. درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2

1.1. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medicare

اگر پاسخ مراحل 1 و 2 تجدیدنظر برای خدمات یا اقلام Medicare هر دو منفی باشد، حق درخواست مراحل بیشتری از تجدیدنظر دارید. نامه ای که از نهاد بازنگری مستقل دریافت خواهید کرد به شما خواهد گفت که اگر تمایل به ادامه روند بازنگری دارید چه اقدامی می توانید انجام دهید.

مرحله 3 تجدیدنظر توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) انجام می شود. فردی که در مورد درخواست تجدیدنظر مرحله 3 تصمیم گیری می کند، یک ALJ یا یک داور حقوقی می باشد. اگر مایل هستید که یک ALJ پرونده شما را بازنگری کند، اقلام یا خدمات پزشکی مورد درخواست شما باید از یک ارزش نقدی حداقلی برخوردار باشد. اگر ارزش نقدی مربوطه کمتر از مقدار حداقلی باشد، دیگر نمی توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر ارزش نقدی به اندازه کافی بالا باشد، می توانید از یک ALJ یا یک داور حقوقی درخواست تجدیدنظر خواهی کنید.

اگر با نظر ALJ یا یک داور حقوقی موافق نیستید، می توانید به شورای تجدیدنظر Medicare مراجعه کنید. پس از این مرحله، حق این را دارید که از یک دادگاه فدرال بخواهید تجدیدنظر شما را بررسی کند.

اگر در هر یک از مراحل تجدیدنظر به کمک نیاز داشتید، می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

1.2. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در رابطه با خدمات یا اقلامی باشد که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal باشند از حقوق بیشتری در راستای تجدیدنظر برخوردار خواهید بود. اگر با تصمیم دادرسی دولتی موافق نیستید و می خواهید یک قاضی دیگر مورد شما را بررسی کند، می توانید یک دادرسی مجدد و یا بازنگری قضایی درخواست کنید.

برای درخواست دادرسی مجدد باید کتباً (از طریق نامه) به نشانی زیر مکاتبه نمایید:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

این نامه باید ظرف 30 روز از تاریخ دریافت تصمیم مربوط به شما، ارسال گردد. اگر دلیلی مناسب برای دیر شدن داشته باشید، می توانید این مهلت را تا 180 روز افزایش دهید.

در درخواست دادرسی مجدد، تاریخ دریافت تصمیم را ذکر کرده و توضیح دهید که چرا دادرسی مجدد باید انجام گیرد. اگر مایل هستید که شواهد بیشتری ارائه دهید، درباره این شواهد توضیح دهید و ذکر کنید که چرا در مراحل پیشین این شواهد ارائه نشده است و چگونه این شواهد می توانند تصمیم بررسی کنندگان را تغییر دهند. شما می توانید برای دریافت کمک به خدمات حقوقی مراجعه نمایید.

برای درخواست بازنگری قضایی، باید دادخواستی در دادگاه عالی (بر اساس بخش 1094.5 آیین دادرسی مدنی) حداکثر تا یک سال از تاریخ دریافت تصمیم ثبت گردد. دادخواست خود را در دادگاه عالی شهرستانی که پاسخ شما در آن گرفته شده، ثبت نمایید. می توانید این دادخواست را بدون درخواست دادرسی حضوری ثبت نمایید. هزینه ای برای تشکیل پرونده نیاز نیست. اگر در نهایت دادگاه به نفع شما رای دهد، هزینه ها و دستمزد وکلای شما تا حد معقول به شما قابل پرداخت است.

اگر با تصمیم جلسه تجدیدنظر موافق نباشید دیگر امکان تجدیدنظر بعدی وجود ندارد ولی می توانید درخواست بازنگری قضایی کنید.

J. چگونه می توان شکایت کرد

J1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد

روال شکایت تنها برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می شود، از قبیل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار و خدمات مشتری. در اینجا مثالهایی می بینید از مشکلات خاصی که با روند شکایت پیگیری می شوند.

شکایت ها درباره کیفیت

- از کیفیت درمان خود راضی نیستید، مانند درمان شما در بیمارستان.

شکایت درباره رعایت مسایل شخصی

- اگر فکر می کنید شخصی حقوق حریم خصوصی شما را محترم ندانسته است، یا اطلاعات مربوط به شما که محرمانه هستند را با دیگران در میان گذاشته است.

شکایت درباره خدمات یا رفتار نامطلوب

- یکی از ارائه دهنده گان خدمات سلامتی یا کارکنان به شما بی احترامی کرده است.

- کارکنان طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect رفتار مناسبی با شما نداشته اند.

- احساس می کنید شما را از پوشش درمانی بیرون می رانند.

شکایت درباره دسترسی فیزیکی

- به علت موانع فیزیکی نمی توانید به تسهیلات و خدمات درمانی پزشک معالج یا درمان کنندگان دیگر دسترسی پیدا کنید.
- ارائه دهنده خدمات شما تسهیلات معقول مورد نیاز شما مانند یک مترجم زبان اشاره آمریکایی را در اختیار شما قرار نمی دهد.

شکایت درباره مدت انتظار

- برای گرفتن نوبت دچار مشکل شده اید و یا باید برای نوبت مدت زمان بسیاری صبر کنید.

نگاه اجمالی: چگونه می توان شکایت کرد

شما می توانید نزد طرح ما یک شکایت داخلی را مطرح کرده و یا یک شکایت خارجی را نزد یک سازمان که با برنامه ما مرتبط نیست مطرح نمایید.

برای طرح یک شکایت داخلی، با مراقبت مشتری تماس گرفته یا برای ما یک نامه بفرستید.

سازمان های مختلفی هستند که به شکایات خارجی رسیدگی می کنند. برای اطلاعات بیشتر، بخش J3 در صفحه 196 را مطالعه کنید.

- توسط پزشک معالج، داروخانه، یا دیگر کارکنان حرفه ای پزشکی یا مراقبت مشتری یا هر یک از کارکنان دیگر به مدت طولانی در انتظار نگه داشته شده اید.

شکایت درباره پاکیزگی

- معتقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.

شکایت درباره مشکلات مربوط به زبان

- پزشک معالج یا دیگر درمان کنندگان در زمان معاینه شما از مترجم استفاده نکرده اند.

شکایت درباره مکاتبات با ما

- معتقدید که ما فراموش کرده ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می فرستادیم را ارسال کنیم.
- معتقدید که اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده ایم پیچیده و مشکل هستند.

شکایت درباره عدم انجام به موقع امور مربوط به تعیین میزان پوشش و تجدیدنظر

- معتقدید که برای تصمیم گیری درباره میزان پوشش یا در پاسخدهی به درخواست تجدیدنظر، مهلت های مقرر را رعایت نمی کنیم.
- معتقدید که پس از دریافت پاسخ مطلوب درباره میزان پوشش یا تجدید نظر، ما مهلت های تایید و تحویل خدمات را رعایت نمی کنیم و یا به موقع هزینه های شما را بازپرداخت نمی کنیم.
- شما معتقد هستید که ما پرونده شما را به موقع به نهاد بازنگری مستقل نفرستاده ایم.

اصطلاح حقوقی برای یک "شکایت" عبارت از "شکوائیه" می باشد.

اصطلاح حقوقی برای "طرح شکایت" عبارت از "ایراد شکوائیه" می باشد.

آیا انواع مختلفی از شکایات وجود دارد؟

بله. شما می توانید یک شکایت داخلی و یا یک شکایت خارجی را مطرح کنید. یک شکایت داخلی نزد طرح ما مطرح شده و توسط طرح ما نیز بررسی می شود. یک شکایت خارجی نزد یک سازمان که به برنامه ما وابسته نیست طرح شده و مورد بررسی قرار می گیرد. اگر برای طرح یک شکایت داخلی و یا خارجی به کمک نیاز داشتید، می توانید با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

J2. شکایت های داخلی

برای ایجاد شکایت داخلی، با مراقبت مشتریان به شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711)، تماس بگیرید. شما می توانید در هر زمان شکایت خود را مطرح کنید، مگر اینکه شکایت شما در مورد داروهای بخش D باشد. شکایات مربوط به بخش D از Medicare باید طی 60 روز تقویمی پس از بروز مشکل مورد شکایت مطرح شوند.

- اگر لازم است اقدام دیگری انجام دهید مراقبت مشتری به شما خواهد گفت.
- همچنین می توانید شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید. اگر شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید، ما نیز بصورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد.



- ما طی پنج (5) روز از زمان دریافت شکوائیه کتبی شما نامه ای به شما ارسال خواهیم کرد که دریافت آن را تایید کنیم. ما مشکلات شما را بررسی خواهیم کرد. ما ممکن است به عنوان بخشی از رویه بررسی خود سوابق پزشکی شما را درخواست کنیم. تا سی (30) روز از زمان دریافت شکایت تان پاسخ خود را برای شما ارسال خواهیم کرد. ما باید به شکایت شما در اسرع وقت با توجه به وضعیت سلامتی شما رسیدگی کنیم، اما حداکثر تا قبل از سی (30) روز پس از دریافت شکایت شما.
- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما برای "تعیین سریع میزان پوشش" یا "تجدید نظر سریع" را رد کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما یک "شکایت سریع" در نظر می گیریم. اگر شما یک شکایت سریع داشته باشید، این بدان معنی است که ما ظرف 24 ساعت به شما پاسخگو خواهیم بود.
- شکایات مربوط به بخش D Medicare باید طی 60 روز پس از بروز مسئله ای مورد شکایت مطرح شوند. همه انواع دیگر شکایت ها باید با ما یا ارائه دهنده خدمات طی 60 روز از بروز مسئله یا اقدامی که باعث نارضایتی شما شده است مطرح شوند.
- تلاش خواهیم کرد تا در اسرع وقت به شکایات تلفنی شما رسیدگی کنیم. اگر ما نتوانیم شکایت شما تا روز اداری بعدی حل بکنیم، یک نامه تأیید طی 5 روز پس از دریافت شکایت نامه شما برایتان ارسال خواهیم کرد تا دریافت آن را تایید کنیم.
- اگر مشکلی اضطراری (که ارتباطی با رد درخواست شما ندارد) سبب بروز خطر فوری و جدی برای سلامتی شما گردد، می توانید درخواست "شکایت سریع" کنید و ما در زمان 72 ساعت به شما پاسخگو خواهیم بود.

اصطلاح حقوقی برای "شکایت سریع" عبارت "شکوائیه تسريع شده" می باشد.

- در صورت امکان، پاسخ شما را با سرعت خواهیم داد. اگر برای شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در زمان گفتگوی تلفنی به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامت شما طوری است که نیاز به پاسخ سریع داشته باشد، می توانیم به شما پاسخ سریع بدهیم.
- ما اغلب شکایت ها را طی 30 روز تقویمی پاسخ می دهیم. اگر ما در 30 روز تقویمی و به این علت که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم تصمیم نگیریم، شما را به صورت کتبی مطلع خواهیم ساخت. ما همچنان یک به روزرسانی از وضعیت و زمان تخمینی برای دریافت پاسخ توسط شما را به شما ارائه می دهیم.
 - اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما را برای "تعیین سریع میزان پوشش" یا "تجدید نظر سریع" رد کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر می گیریم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.
 - اگر شکایت شما به این دلیل است که ما برای یک تصمیم پوشش وقت اضافی صرف کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر گرفته و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.
 - اگر با برخی از موارد یا همه موارد شکایت شما موافق نباشیم، با ذکر دلیل به شما اطلاع خواهیم داد. در پاسخ شما اعلام می کنیم که با شکایت شما موافقیم یا نه.

J3. شکایت های خارجی

می توانید با Medicare شکایت خود را در میان بگذارید

شما شکایت های خود را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در وبسایت زیر موجود است:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx



Medicare شکایات شما را جدی می گیرد و از این اطلاعات استفاده می کند تا کیفیت برنامه Medicare را بهبود بخشد.

اگر هر گونه باز خورد یا نگرانی دیگری دارید، یا اگر احساس می کنید طرح درمانی به مشکلات شما بدرستی رسیدگی نمی کند، لطفاً با این شماره ها تماس بگیرید (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

می توانید با Medi-Cal شکایت خود را در میان بگذارید

Cal MediConnect Ombuds Program نیز می تواند مشکلات شما را از موضعی بی طرفانه بررسی و حل کند و سعی آن بر این است که مشترکین ما همه خدماتی که ما باید ارائه دهیم را دریافت می کنند. Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های پوششی ارتباطی ندارد.

شماره تلفن تماس برنامه Cal MediConnect Ombuds عبارت است از 1-855-501-3077. این خدمات رایگان هستند.

می توانید شکایت خود را با بخش مراقبت های بهداشتی مدیریت California در میان بگذارید

بخش مراقبت های بهداشتی مدیریت California (DMHH) مسئول تنظیم طرح های بیمه درمانی می باشد. شما می توانید برای دریافت کمک در رابطه با شکایت از خدمات Medi-Cal با DMHC تماس بگیرید. اگر در زمینه یک شکایت در ارتباط با یک مورد اضطراری یا یک مورد مرتبط با یک تهدید فوری و جدی برای سلامتی شما نیاز به کمک دارید، اگر درد شدید دارید، اگر با تصمیم طرح ما در مورد شکایت خود مخالف هستید، یا طرح ما شکایت شما را پس از 30 روز تقویمی حل و فصل نکرده است، می توانید با DMHC تماس بگیرید.

دو راه برای کمک گرفتن از مرکز کمک رسانی وجود دارد:

- تماس با شماره 1-888-466-2219. افرادی ناشنوا، کم شنوا، یا دچار مشکل گفتاری هستند می توانند از شماره رایگان TDD، 1-877-688-9891 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- به وب سایت Department of Managed Health Care به نشانی (www.dmhca.gov) مراجعه نمایید.

شما می توانید در دفتر حقوق مدنی شکایت خود را ثبت کنید

اگر فکر می کنید که با شما به طور عادلانه رفتار نشده است، می توانید به دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید. به عنوان مثال، شما می توانید درباره دسترسی های معلولان یا کمک های زبانی، یک شکایت مطرح کنید. شماره تلفن تماس دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 می باشد. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می توانید با مراجعه به وب سایت www.hhs.gov/ocr اطلاعات بیشتری کسب کنید.

شما همچنین می توانید با دفتر اداره حقوق مدنی محلی خود با این مشخصات تماس بگیرید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
تلفن مرکز پاسخگویی مشتریان: (800) 368-1019
فکس: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
ایمیل: ocrmail@hhs.gov

شما همچنین ممکن است طبق قانون آمریکایی های دارای معلولیت و اصلحیه های ADA سال 2008 قانون آمریکایی های دارای معلولیت (P.L. 110-325) دارای حقوقی باشید. می توانید برای درخواست کمک با Cal MediConnect Ombuds Program تماس بگیرید. شماره تلفن این برنامه 1-855-501-3077 می باشد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

شما می توانید نزد Quality Improvement Organization طرح شکایت نمایید

اگر شکایت شما درباره کیفیت درمان است، دو انتخاب دارید:

- در صورت ترجیح می توانید درباره کیفیت خدمات درمانی شکایت خود را (بدون مطرح کردن شکایت با ما) با سازمان ارتقاء کیفیت مطرح کنید.

- یا می توانید شکایت خود را به ما و به سازمان بهبود کیفیت ارائه دهید. اگر به Quality Improvement Organization شکایت کنید، ما نهایت کوشش خود را برای کسب رضایت شما خواهیم کرد.

Quality Improvement Organization گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان رشته های پزشکی هستند که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می کنند و توسط Medicare استخدام شده اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بهبود کیفیت، به فصل 2 مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، Quality Improvement Organization را Livanta BFCC-QIO می نامند. شماره تلفن Livanta BFCC-QIO عبارت است از 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



فصل 10: انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan

مقدمه

در این فصل مطالبی وجود دارد درباره این که چگونه عضویت خود در طرح Cal MediConnect را پایان دهید و پس از انصراف چه گزینه هایی خواهید داشت. اگر طرح ما را ترک کنید، همچنان تا هنگامی که واجد شرایط باشید عضو برنامه های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. چه موقع می توانید به عضویت خود در طرح Cal MediConnect ما خاتمه دهید.....	200
B. نحوه انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan.....	200
C. نحوه عضویت در طرح Cal MediConnect دیگر.....	202
D. روش دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت مجزا.....	202
D1. روش های دریافت خدمات Medicare خود.....	202
D2. روش دریافت خدمات Medi-Cal خود.....	204
E. ادامه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود از طریق طرح ما تا پایان عضویت شما.....	204
F. سایر شرایطی که در آن عضویت در طرح Cal MediConnect خاتمه می یابد.....	205
G. قوانینی که بر اساس آنها ما اجازه نداریم به دلایل مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که طرح Cal MediConnect را ترک کنید.....	206
H. اگر ما عضویت شما در طرح را پایان دهیم شما حق شکایت دارید.....	206
I. روش دریافت اطلاعات بیشتر درباره انصراف از عضویت در طرح ما.....	206



A. چه موقع می توانید به عضویت خود در طرح Cal MediConnect ما خاتمه دهید

شما می توانید با ثبت نام در یک طرح Medicare Advantage و یا یک طرح Cal MediConnect دیگر، یا انتقال به Original Medicare در هر زمان در طول سال به عضویت خود در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan طرح Medicare-Medicaid خاتمه دهید.

عضویت شما در بیمه در آخرین روز ماهی که از ما درخواست تغییر بیمه درمانی کرده اید پایان می یابد. به طور مثال، اگر ما درخواست شما را روز 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش بیمه شما توسط ما روز 31 ژانویه به پایان می رسد. پوشش بیمه جدید شما از اولین روز ماه بعدی (برای مثال 1 فوریه) شروع می شود.

وقتی از عضویت در بیمه انصراف می دهید، در یک طرح بیمه درمانی مورد انتخاب خود تحت مدیریت Medi-Cal برای خدمات Medi-Cal خود ثبت نام می شوید، مگر آن که بیمه دیگری از Cal MediConnect یا Medi-Cal را انتخاب کنید. همچنین می توانید در زمان پایان دادن به عضویت خود در بیمه ما، از میان گزینه های Medicare انتخاب داشته باشید. اگر از طرح ما خارج شوید، می توانید به اطلاعات زیر درباره خودتان دست پیدا کنید:

- گزینه های Medicare در جدول صفحه 203.
 - خدمات Medi-Cal در صفحه 204.
 - همچنین می توانید با تماس با شماره های زیر اطلاعات بیشتری در خصوص نحوه پایان دادن به عضویتان بدست بیاورید:
 - لطفاً با مراقبت مشتریان با شماره تلفن 1-855-905-3825 (TTY: 711) از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.
 - با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. همچنین کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
 - برنامه کمک بیمه درمانی دولتی (SHIP)، California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از روزهای دوشنبه الی جمعه از ساعت 8:00 صبح الی 5:00 عصر. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP محلی در ناحیه خود لطفاً از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید.
 - Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 دوشنبه الی جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-855-847-7914 تماس بگیرند.
 - با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- توجه:** اگر در یک برنامه مدیریت دارویی عضویت داشته باشید، ممکن است نتوانید طرح خود را تغییر دهید. جهت اطلاعات بیشتر درباره برنامه های مدیریت دارویی به فصل 5 مراجعه کنید.

B. نحوه انصراف از عضویت در طرح Cal MediConnect plan

اگر تصمیم دارید عضویت خود را پایان دهید، به Medi-Cal یا Medicare اطلاع دهید که قصد ترک Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را دارید:

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت



- با Heath Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند؛ یا
- 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare با این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY (افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس می گیرید، می توانید بیمه درمانی یا دارویی دیگری از Medicare انتخاب کنید. اطلاعات بیشتر درباره دستیابی به خدمات Medicare پس از ترک طرح درمانی ما در جدول صفحه 203 موجود است.

C. نحوه عضویت در طرح Cal MediConnect دیگر

اگر می‌خواهید مزایای Medi-Cal و Medicare خود را مجموعاً از برنامه واحدی دریافت کنید، می‌توانید به برنامه Cal MediConnect دیگری بپیوندید.

برای عضویت در طرح Cal MediConnect دیگر:

- با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند. اطلاع دهید که می‌خواهید Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کرده به عضویت یک طرح Cal MediConnect دیگری درآیید. اگر مطمئن نیستید که می‌خواهید به کدام برنامه بپیوندید، آن‌ها می‌توانند درباره سایر برنامه‌های موجود در محدوده شما اطلاعات در اختیاران قرار دهند.

پوشش بیمه شما در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan روز آخر ماهی که درخواست شما را دریافت کنیم پایان می‌یابد.

D. روش دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت مجزا

اگر نمی‌خواهید پس از ترک عضویت در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، عضو طرح Cal MediConnect دیگری بشوید، کماکان خدمات Medicare و Medi-Cal خود را بصورت مجزا دریافت خواهید کرد.

D1. روش های دریافت خدمات Medicare خود

برای دسترسی به مزایای Medicare انتخاب خواهید داشت.

برای دسترسی به خدمات Medicare سه گزینه خواهید داشت. با انتخاب هر یک از این گزینه ها، بطور خودکار عضویت شما در بیمه Cal MediConnect پایان می‌یابد.



1. می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: یکی از طرح های Medicare مانند Medicare Advantage یا چنانچه واجد شرایط هستید و در منطقه خدماتی مربوطه زندگی می کنید، یک برنامه مراقبتی جامع سالمندان یا آنچه باید انجام دهید: 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare با این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای پرسش ها در زمینه برنامه مراقبتی جامع سالمندان یا PACE با این شماره تماس بگیرند 1-855-921-PACE (7223). اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه جدید شما آغاز می شود، به طور خودکار عضویت طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect شما پایان می یابد.	2. می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare با طرح مجزای Medicare برای داروهای نسخه ای آنچه باید انجام دهید: 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare با این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه جدید شما آغاز می شود، به طور خودکار عضویت طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect شما پایان می یابد.
--	--



آنچه باید انجام دهید: 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare با این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه جدید شما آغاز می شود، به طور خودکار عضویت طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect شما پایان می یابد.	3. می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare بدون طرح مجزای Medicare برای داروهای نسخه ای توجه: اگر به عضویت Original Medicare درآیید و یک طرح مجزای پوشش داروهای تجویزی Medicare نداشته باشید، Medicare می تواند شما را به عضویت یک طرح پوشش دارویی درآورد مگر اینکه شما اعلام کنید که چنین چیزی را نمی خواهید. فقط در صورتی باید پوشش دارویی را نپذیرید که توسط منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه تحت پوشش باشید. چنانچه درباره نیاز خود به پوشش دارویی سوال دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت زیر مراجعه کنید ./www.aging.ca.gov/HICAP
--	--

D2. روش دریافت خدمات Medi-Cal خود

در صورتی که طرح Cal MediConnect را ترک کنید، وارد یک طرح درمانی تحت مدیریت Medi-Cal به انتخاب خود خواهید شد. خدمات Medi-Cal شما شامل خدمات و پشتیبانی های درازمدت و خدمات بهداشت رفتاری می شوند.

هنگامی که درخواست پایان عضویت خود را در بیمه Cal MediConnect می دهید، لازم است که به دفتر گزینه های درمانی اعلام کنید که مایلید به کدام یک از طرح های درمانی تحت مدیریت Medi-Cal بپیوندید.

- با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند. اطلاع دهید که می خواهید طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect را ترک کرده به عضویت یک طرح مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal درآیید. اگر مطمئن نیستید که می خواهید به کدام برنامه بپیوندید، آن ها می توانند درباره سایر برنامه های موجود در محدوده شما اطلاعات در اختیارتان قرار دهند.

وقتی به عضویت خود در بیمه Cal MediConnect plan ما پایان می دهید، یک کارت عضویت جدید، یک کتابچه راهنمای اعضاء جدید، و یک فهرست راهنمای ارائه کنندگان خدمات و داروخانه های جدید برای پوشش Medi-Cal خود دریافت خواهید کرد.

E. ادامه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود از طریق طرح ما تا پایان عضویت شما

اگر بیمه درمانی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنید، ممکن است مدتی طول بکشد تا عضویت شما پایان داده شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 213 مراجعه کنید. برای گرفتن نسخه های خود باید از داروخانه های درون شبکه ما استفاده نمایید.



- برای گرفتن نسخه های خود باید از داروخانه های درون شبکه ما استفاده نمایید. معمولاً داروهای تجویزی شما فقط در صورتی پوشش داده می شوند که در داروخانه های درون شبکه ما درخواست شده باشند، که این شامل خدمات داروخانه های پستی نیز می گردد.
- اگر در روزی که عضویت شما پایان می یابد بستری شوید، معمولاً مدت بستری شما تحت پوشش طرح Cal MediConnect ما خواهد بود تا اینکه ترخیص شوید. حتی اگر پوشش درمانی جدید شما در زمان این بستری آغاز شود، این امر مصداق دارد.

F. سایر شرایطی که در آن عضویت در طرح Cal MediConnect خاتمه می یابد

در موارد زیر طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect باید به عضویت شما پایان دهد:

- اگر وقفه ای در پوشش بخش A و بخش B از Medicare شما به وجود آید.
- اگر دیگر واجد شرایط دریافت خدمات Medi-Cal نباشید. بیمه ما برای اشخاصی است که همزمان واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشند. وزارت خدمات بهداشت و درمان (DHCS) یا مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ممکن است در صورتی که تشخیص داده شود دیگر واجد شرایط این طرح بیمه نیستید به عضویت شما پایان دهند.
- اگر از محدوده تحت پوشش خدمات ما نقل مکان کنید.
- اگر از محدوده تحت پوشش خدمات ما بیش از شش ماه دور باشید.
 - اگر نقل مکان یا مسافرت طولانی می کنید، لازم است که با مراقبت مشتری تماس بگیرید و بپرسید که محل موردنظر شما تحت پوشش خدمات ما هست یا خیر.
- اگر برای یک جرم جنایی به زندان یا بازداشتگاه بروید.
- اگر درباره دیگر بیمه کنندگان داروهای تجویزی خود دروغ بگویید یا اطلاعات لازم را اعلام نکنید.
- اگر یک شهروند ایالات متحده نبوده یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.
 - شما باید یک شهروند ایالات متحده بوده یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید تا بتوانید یک عضو طرح ما باشید.
 - اگر شما واجد شرایط عضویت بر این اساس نباشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid این امر را به ما اطلاع خواهند داد.
 - اگر شما واجد شرایط این الزامات نباشید، ما باید عضویت شما را لغو کنیم.
- اگر شما دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نبوده یا شرایط شما بگونه ای تغییر کرده که شما دیگر برای Cal MediConnect واجد شرایط نیستید، ممکن است همچنان بتوانید به دریافت مزایای خود از طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect برای یک دوره اضافی دو ماهه ادامه دهید. اگر اعتقاد دارید که هنوز واجد شرایط هستید، این زمان اضافی به شما این امکان را می دهد که اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن خود را اصلاح کنید. شما درباره تغییرات در واجد شرایط بودن خود نامه ای از ما دریافت خواهید کرد که در آن دستورالعمل های مربوط به اصلاح اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن نیز ذکر خواهد شد.



- برای باقی ماندن به عنوان عضوی از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan شما باید در آخرین روز دوره دو ماهه مجدداً واجد شرایط شده باشید.

- اگر شما تا پایان دوره دو ماهه واجد شرایط نباشید، ثبت نام شما در طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect لغو می شود.

در موارد زیر فقط با کسب اجازه از Medicare و Medi-Cal می توانیم شما را مجبور به ترک طرح خود کنیم:

- با قصد قبلی در زمان عضو شدن در بیمه اطلاعات غلط ارائه کرده اید و این اطلاعات واجد شرایط بودن شما را تحت تاثیر قرار می دهد.
- اگر بطور مستمر رفتار اخلاص گرانه داشته باشید و ارائه خدمات درمانی به شما و دیگر افراد تحت پوشش طرح شما دچار اشکال شود.
- اگر به شخص دیگری اجازه دهید از کارت عضویت شما برای استفاده از خدمات درمانی استفاده کند.
- اگر به این دلیل عضویت شما قطع گردد، Medicare می تواند پرونده شما را برای بررسی به بازرسی کل بفرستد.

G. قوانینی که بر اساس آنها ما اجازه نداریم به دلایل مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که طرح Cal MediConnect را ترک کنید

اگر احساس می کنید که به دلایل مربوط به سلامت شما، از طرح درمانی رانده می شوید، باید با Medicare با تلفن 1-800-MEDICARE (یا همان 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می توانید با این شماره ها به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

شما باید با برنامه Cal MediConnect Ombuds با شماره 1-855-501-3077 دوشنبه الی جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-855-847-7914 تماس بگیرند.

H. اگر ما عضویت شما در طرح را پایان دهیم شما حق شکایت دارید

اگر به عضویت شما در طرح Cal MediConnect پایان دهیم، باید کتباً به شما دلایل آنرا اعلام کنیم. ما همچنین باید برای شما توضیح دهیم که چگونه می توانید بر علیه این تصمیم ما شکایت کنید. برای اطلاعات درباره نحوه طرح شکایت شما همچنین می توانید به بخش J از فصل 9 مراجعه کنید.

I. روش دریافت اطلاعات بیشتر درباره انصراف از عضویت در طرح ما

اگر درباره اینکه در چه مواردی می توانیم عضویت شما را پایان دهیم، پرسش یا نیاز به اطلاعات بیشتر دارید، می توانید:

- هفت روز در هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 بعد از ظهر با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) با مراقبت مشتری تماس بگیرید.
- با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

MediConnect plan

- از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه پشتیبانی و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP مراجعه کنید.
- با Cal MediConnect Ombuds Program با شماره 1-855-501-3077 دوشنبه الی جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-855-847-7914 تماس بگیرند.
- 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare با این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



فصل 11: اعلامیه های قانونی

مقدمه

در این فصل آندسته اعلامیه های قانونی که به عضویت شما در طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect مربوط می باشد فهرست شده اند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. اعلامیه درباره قوانین.....	209
B. اعلامیه درباره عدم تبعیض نژاد.....	209
C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانوی و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده.....	209
D. اعلامیه درباره مسئولیت شخص ثالث.....	210
E. اعلامیه عدم اعمال تبعیض.....	211



A. اعلامیه درباره قوانین

قوانین بسیاری شامل این کتابچه راهنمای اعضاء می شوند. این قوانین می توانند حقوق و مسئولیت های شما را تحت تأثیر قرار دهند، حتی اگر در این کتابچه راهنما گنجانده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که در مورد این کتابچه مصداق پیدا می کنند قوانین فدرال درباره برنامه های Medicare و Medi-Cal هستند. ممکن است قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مصداق داشته باشند.

B. اعلامیه درباره عدم تبعیض نژاد

همه شرکت ها یا آژانس هایی که با Medicare یا Medi-Cal کار می کنند باید قوانین مربوط را رعایت نمایند تا از شما در مقابل تبعیض یا رفتار ناعادلانه محافظت نمایند. ما علیه شما به دلیل سن، تجربه شکایات، رنگ پوست، قومیت، شواهد بیمه، جنسیت، اطلاعات ژنتیکی، موقعیت جغرافیایی تان در منطقه خدماتی، وضعیت سلامتی، سوابق پزشکی، ناتوانی روانی یا جسمی، منشاء ملی، نژاد، مذهب یا جنسیت تبعیض قائل نمی شویم یا با شما رفتار متفاوتی نخواهیم داشت. علاوه بر این، ما به دلیل نسب، وضعیت تاهل، یا گرایش جنسی شما تبعیضی قائل نمی شویم یا رفتار متفاوتی با شما نداریم.

چنانچه نیاز به اطلاعات بیشتری دارید یا در خصوص تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی هایی دارید:

- با اداره حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی با شماره تلفن 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می توانید با مراجعه به وب سایت www.hhs.gov/ocr اطلاعات بیشتری کسب کنید.
- برای کسب اطلاعات در خصوص حقوق مدنی با اداره محلی خود تماس بگیرید.

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

تلفن مرکز پاسخگویی مشتریان: (800) 368-1019

فکس: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

ایمیل: ocrmail@hhs.gov

اگر به یک ناتوانی دچار هستید و برای دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی نیاز به کمک دارید، با مرکز مراقبت مشتری تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل دسترسی با صندلی چرخدار، مراقبت مشتری می تواند شما را یاری کند.

C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانوی و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده

گاهی اوقات طرف دیگری باید ابتدا برای خدماتی که ما ارائه می دهیم پرداخت کند. به طور مثال، اگر در یک حادثه رانندگی مجروح شوید یا سر کار صدمه ببینید، ابتدا بیمه یا طرح غرامت کارکنان مسئول پرداخت هزینه هستند.

ما این حق و مسئولیت را داریم که در شرایطی که Medicare پرداخت کننده اولیه نباشد هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را مطالبه کنیم.

برنامه Cal MediConnect از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوط به الزامات قانونی طرفین سوم برای خدمات درمانی به اعضاء، تبعیت می کند. ما تمامی اقدامات منطقی را انجام می دهیم تا مطمئن شویم برنامه Medi-Cal آخرین گزینه برای پرداخت است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 3825-95-855-1
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت



D. اعلامیه درباره مسئولیت شخص ثالث

اگر صدمه ببینید یا بیمار شوید و شخص ثالثی به دلیل به احتیاطی یا حرکت عمدی یا غفلت باعث آن بیماری یا صدمه شده باشد، ما یک اظهارنامه از هزینه های منطقی برای خدماتی که مربوط به صدمه یا بیماری می شوند برای شما ارسال خواهیم کرد. این هزینه ها به شرح زیر محاسبه خواهند شد. با این وجود، از شما خواسته خواهد شود که تا زمان روشن شدن مسئولیت مالی حادثه در نتیجه توافق، قضاوت دادگاه یا غیره مبلغی به ما پرداخت کنید.

در صورت دریافت مبلغی بابت جبران خسارت از طرف سوم، باید فوراً به ما اطلاع دهید. مبلغی که طبق اظهارنامه به شما ارسال کرده ایم باید به ما از مبلغ دریافت شده از طرف سوم بازگردانده شود، با توجه به محدودیت هایی که در پاراگراف بعدی شرح داده شده است.

(a) حق ممتاز ما بدین طریق محاسبه خواهد شد:

- i. برای خدمات درمانی که بر اساس پرداخت سرانه ارائه می شوند، اصل مبلغی که توسط بیمه، گروه پزشکی یا انجمن پزشکی مستقل به ارائه کننده خدمات درمانی پرداخت می شود؛ یا
- ii. اگر خدمات بر اساس پرداخت سرانه ارائه شده اند، هشتاد درصد (80%) از هزینه رایج و معمول برای همان خدمات هنگامی که در موارد غیر پرداخت سرانه در همان ناحیه جغرافیایی که خدمات ارائه شده اند صورت گیرند.
- iii. اگر خدمات بر اساس پرداخت سرانه و غیر سرانه به شما ارائه شده باشند، و ارائه کننده خدمات طرف قرارداد ما هزینه خدمات غیر پرداخت سرانه شما را بپردازد، در چنین شرایطی مبلغ حق ممتاز نباید بیش از کل هزینه موارد زیر باشد:
 - (i) کل هزینه معقول پرداخت شده برای تکمیل حق ممتاز، و
 - (ii) مبلغی که در بخش "a" و "b" در فوق تعیین شده اند.

(b) کل حق ممتاز ما شامل محدودیت های زیر می شود:

- i. اگر وکیل گرفته باشید، ممکن است حق ممتاز بیش از حداقل مبالغ زیر نباشد:
 - (i) مبلغ حداکثر تعیین شده تحت "#1" در بالا؛ یا
 - (ii) یک سوم (1/3) مبالغی که شما طبق قضاوت نهایی، جبران خسارت یا توافق مستحق دریافت آن هستید.
- ii. اگر وکیل نگرفته باشید، ممکن است حق ممتاز بیش از حداقل مبالغ زیر نباشد:
 - (i) مبلغ حداکثر تعیین شده تحت "#1" در بالا؛ یا
 - (ii) یک دوم (2/1) مبالغی که شما طبق قضاوت نهایی، جبران خسارت یا توافق مستحق دریافت آن هستید.

(c) محدودیت های دیگر به شرح زیر شامل وصول خسارت بیمه ما می شود:

- i. اگر قاضی، هیئت منصفه یا داور متوجه شوند که شما هم تا حدودی مقصر بوده اید، حق ممتاز ما به همان میزان درصدی که حق خسارت شما کاهش خواهد یافت کم می شود.
- ii. کاهش تناسبی برای دستمزد معقول وکیل شما (در صورتی که وکیل گرفته باشید).

محدودیت های فوق برای وصول خسارت بیمه شامل حق ممتاز جبران خسارت کارگران نمی شود.

با توجه به محدودیت های ذکر شده در بالا، شما به طرح Blue Shield of California Promise Health مسئولیت، ادعا و هر مبلغی که طبق قضاوت، حکم یا توافق به عنوان جبران خسارت دریافت کرده باشید را واگذار می کنید. ممکن است از شما بخواهیم مدارک و اطلاعات لازم برای این واگذاری، ادعا یا حق ممتاز برای وصول خسارت ارائه دهید.

همچنین طبق قرارداد، ما به ارائه کنندگان خدمات حق ادعای حق ممتاز طرف سوم علیه اعضاء خود را برای خدمات درمانی که ارائه داده یا ترتیب داده اند واگذار کرده ایم.



گروه های پزشکی، پزشکان و انجمن های پزشکی طرف قرارداد، که حق ادعای حق ممتاز علیه اعضاء را دارند باید طبق فرآیند فوق عمل کنند.

E. اعلامیه عدم اعمال تبعیض

تبعیض خلاف قانون است

طرح Blue Shield of California Promise Health قوانین جاری ایالتی و حقوق مدنی فدرال را رعایت می کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، مشخصات نژادی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن، معلولیت جسمی یا ذهنی تبعیض قائل نمی شود یا آنها را از عضویت در طرح محروم یا رفتار متفاوتی با آنها نمی کند.

طرح Blue Shield of California Promise Health موارد زیر را ارائه می دهد:

- به افراد دارای معلولیت که قادر به برقراری ارتباط مؤثر با ما نیستند کمک ها و خدمات رایگان ارائه می دهد، خدماتی مثل:
 - مترجمان زبان اشاره دارای صلاحیت
 - اطلاعات مکتوب در قالب های دیگر (چاپ درشت، فرمت صوتی، فرمت های الکترونیک قابل دسترس، سایر فرمت ها)
- خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلیشان انگلیسی نیست، مثل:
 - مترجمان دارای صلاحیت
 - اطلاعات مکتوب به زبان های دیگر

در صورت نیاز به این خدمات، با هماهنگ کننده حقوق مدنی طرح Blue Shield of California Promise Health تماس بگیرید.

اگر فکر می کنید طرح Blue Shield of California Promise Health در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، مشخصات نژادی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت جسمی و ذهنی افراد تبعیضی علیه آنها قائل شده است، می توانید شکایت خود را به مرجع زیر ارائه دهید:

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

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

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

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

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 3825-95-855-1
TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت



فصل 12: تعاریف واژه های مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در کتابچه راهنمای اعضاء به همراه تعاریف آنها می باشد. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا لیست شده اند. اگر نمی توانید اصطلاح مورد نظر خود را پیدا کنید، یا اگر به اطلاعات بیشتری احتیاج دارید لطفاً با مراقبت مشتری تماس بگیرید.



Cal MediConnect: برنامه ای که به شما مزایای Medicare و Medi-Cal را باهم در قالب یک بیمه درمانی ارائه می دهد. شما یک کارت عضویت برای همه مزایای خود خواهید داشت.

Department of Health Care Services (DHCS): این یک اداره ایالتی در کالیفرنیا می باشد که برنامه Medicaid (که در کالیفرنیا Medi-Cal نامیده می شود) را مدیریت می کند، که معمولاً در این کتابچه راهنما از آن با عنوان "ایالت" نام برده می شود.

Department of Managed Health Care (DMHC): عبارت از اداره ایالتی در California می باشد که مسئول نظارت بر بیمه های درمانی می باشد. DMHC اعضاء بیمه Cal MediConnect را برای درخواست تجدید نظر در مورد خدمات Medi-Cal یاری می دهد. DMHC همچنین مجری بازنگری مستقل پزشکی (IMR) می باشد.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی، یا به اختصار HICAP): این یک برنامه می باشد که اطلاعات و مشاوره هدفمند و رایگان درباره Medicare ارائه می دهد. در بخش E فصل 2 توضیحاتی درباره نحوه تماس با HICAP ذکر شده است.

Medi-Cal: عبارت از نام برنامه Medicaid در ایالت کالیفرنیا می باشد. Medi-Cal تحت نظارت دولت عمل می کند و بودجه اش از دولت و دولت فدرال تامین می شود.

به اشخاصی که کم درآمد هستند کمک می کند هزینه های درمان و خدمات و پشتیبانی های بلند مدت مورد نیاز خود را تامین کنند.

این برنامه خدمات اضافی و برخی داروهای که Medicare پوشش نمی دهد را تامین می کند.

برنامه های Medicaid از یک ایالت تا ایالت دیگر متفاوت می باشد، اما اگر شما برای Medicare و Medicaid واجد شرایط باشید، بیشتر هزینه های مربوط به مراقبت های سلامتی پوشش داده می شود.

برای اطلاعات مربوط به تماس با Medi-Cal به فصل 2، بخش H مراجعه نمایید.

Medicare: طرح بیمه درمانی فدرال برای افرادی است که بیش از 65 سال سن دارند، برخی افراد زیر 65 سال که به بعضی ناتوانی ها مبتلا هستند، و افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیه (معمولاً افرادی که کلیه شان از کار می افتد و نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه دارند). اعضاء Medicare می توانند پوشش درمانی Medicare خود را از طریق Original Medicare یا یک بیمه درمانی مدیریت شده دریافت کنند (به بخش "طرح سلامت" مراجعه کنید).

Original Medicare (Medicare) سنتی یا Medicare با هزینه برای خدمات: Original Medicare توسط دولت ارائه می شود. با Original Medicare، خدمات Medicare تحت پوشش مبالغی است که از سوی کنگره برای پزشکان، بیمارستانها و دیگر ارائه کنندگان خدمات سلامتی درمانی تعیین می شود.

شما می توانید از هر پزشک، بیمارستان، یا درمان کننده ای که Medicare را می پذیرد استفاده کنید. Original Medicare دارای این دو بخش می باشد: قسمت A (بیمه بیمارستانی) و قسمت B (بیمه پزشکی).

Original Medicare در همه جای ایالات متحده قابل دسترسی است.

اگر نمی خواهید عضو طرح ما شوید، می توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

آسایشگاه یا مرکز آسایشگاهی: مکانی که از افرادی که نمی توانند در خانه خود مورد مراقبت قرار بگیرند اما نیازی به بستری در بیمارستان ندارند مراقبت می کند.



آسایشگاه: طرحی برای مراقبت و حمایت در کمک به افرادی که پیش بینی شده به بیماری های لاعلاج مبتلا هستند تا زندگی راحتی داشته باشند. منظور از پیش بینی ابتلا به بیماری لاعلاج این است که انتظار می رود فردی که بیماری لاعلاج دارد شش ماه یا کمتر زنده بماند.

عضوی که بیماری لاعلاج دارد از این حق برخوردار است که آسایشگاه بیماری های لاعلاج را انتخاب کند.

یک تیم مخصوص تعلیم دیده متشکل از متخصصین و ارائه کنندگان خدمات پزشکی برای یک شخص، من جمله برای نیازمندی های جسمی، احساسی، اجتماعی و مذهبی او.

طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect باید فهرستی از ارائه کنندگان خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج در ناحیه جغرافیایی تان را به شما ارائه دهد.

آموزش صلاحیت فرهنگی: عبارت از دوره هایی آموزشی می باشد که برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی ما آموزش های بیشتری را ارائه داده و به آنها کمک می کند تا زمینه، ارزش ها و باور های شما را درک کنند تا خدمات خود را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما تطبیق دهند.

اداره رسیدگی به شکایات: یک دفتر در ایالت شما که به عنوان یک وکیل از طرف شما فعالیت می کند. آنها می توانند به پرسش های شما در زمینه مشکلات یا شکایت های شما پاسخ گفته و می توانند به شما در درک اینکه چه اقدامی باید انجام دهید کمک کنند. خدمات اداره رسیدگی به شکایات، رایگان هستند. شما می توانید اطلاعات بیشتری درباره Cal MediConnect Ombuds Program را در فصل های 2 و 9 این کتابچه مطالعه کنید.

ارائه دهنده خدمات عضو شبکه: "ارائه دهنده خدمات" یک اصطلاح عمومی است برای پزشکان، پرستارها، و دیگر افرادی که به شما خدمات و مراقبت های درمانی ارائه می دهند. این اصطلاح همچنین در برگرنده بیمارستان، آژانس های مراقبت خانگی، درمانگاه، و دیگر مکانهایی که به شما خدمات درمانی، تجهیزات پزشکی و یا خدمات و پشتیبانی های بلند مدت ارائه می دهند نیز می باشد.

آنها تایید شده یا دارای پروانه از Medicare و ایالت هستند و پروانه کار برای ارائه خدمات درمانی دارند.

ما مراکز می که موافقت کنند که با بیمه درمانی همکاری کنند، نحوه پرداخت ما را قبول کنند و از اعضاء ما هزینه اضافه نگیرند را "ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه" می نامیم.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوشش، به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید. سرویس دهندگان شبکه با نام "سرویس دهندگان طرح" نیز خطاب می شوند.

ارائه کننده خدمات خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: یک ارائه دهنده خدمات یا مرکزی که تحت استخدام، تملک، یا مدیریت بیمه درمانی ما نیست و با بیمه ما برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضایمان قرارداد ندارد. بخش D فصل 3 در مورد ارائه دهندگان خدمات یا تسهیلات خارج از شبکه را توضیح می دهد.

ارائه کننده مراقبت های اولیه (PCP): ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما پزشک یا ارائه کننده خدمات دیگری است که برای اکثر مشکلات مربوط به سلامت خود ابتدا به وی مراجعه می کنید. ارائه دهنده خدمات اولیه می کوشد که شما خدمات مورد نیاز برای حفظ سلامتی را دریافت کنید.

ارائه دهندگان خدمات اولیه همچنین می توانند با دیگر ارائه کنندگان خدمات درمانی و پزشکان درباره درمان شما مشورت نمایند یا شما را به آنها ارجاع دهند.

در بسیاری از طرحهای درمانی Medicare، شما باید اول از ارائه دهنده خدمات اولیه خود را پیش از هر ارائه دهنده خدمات درمانی دیگری استفاده کنید.

جهت اطلاعات بیشتر درباره ارائه دهندگان اولیه خدمات به فصل 3 مراجعه نمایید.

ارجاع: یک ارجاع به این معنی است که ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) شما باید قبل از اینکه از فردی استفاده کنید که PCP شما نیست به شما تأییدیه بدهد. اگر تأییدیه دریافت نکنید، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ممکن است خدمات مربوطه را پوشش ندهد. برای استفاده از متخصصان خاصی مانند متخصص زنان نیازی به معرفی ندارید. شما می توانید اطلاعات بیشتری



درباره ارجاع ها را در فصل 3 و اطلاعات بیشتر درباره خدماتی که به ارجاع نیاز دارند را در فصل 4 این کتابچه مطالعه کنید.

ارزیابی خطر سلامت: عبارت از مروری بر سوابق پزشکی بیمار و شرایط فعلی او می باشد. به منظور ارزیابی وضعیت سلامت بیمار و پیش بینی اینکه در آینده چقدر بهبود پیدا خواهد کرد، انجام می شود.

استثنا: عبارت از اجازه برای پوشش دادن دارویی می باشد که معمولاً تحت پوشش نیست یا برای مصرف دارویی بدون برخی مقررات و محدودیت ها می باشد.

اطلاعات شخصی سلامت (همچنین به نام اطلاعات سلامتی حفاظت شده، یا به اختصار (PHI) نیز شناخته می شود): عبارت از اطلاعات مربوط به شما و سلامتی شما، مانند نام، آدرس، شماره امنیت اجتماعی، ویزیت های پزشک و سابقه پزشکی می باشد. برای کسب اطلاع در این زمینه که Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan چگونه از PHI شما محافظت و استفاده کرده و یا آن را افشاء می نماید، و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI خود به اعلامیه رویه های حفظ حریم خصوصی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مراجعه کنید.

بازنگری مستقل پزشکی (IMR): اگر ما با درخواست شما برای خدمات پزشکی یا درمانی مخالفت کنیم، شما می توانید علیه ما درخواست تجدید نظر کنید. اگر با نظر ما مخالف باشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، مانند تجهیزات و داروهای DME می توانید از California Department of Managed Health Care درخواست IMR کنید. IMR به بازنگری پرونده شما توسط پزشکانی که عضو طرح ما نیستند گفته می شود. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا وسایل مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما برای انجام IMR هیچ هزینه ای نمی پردازید.

بخش A از Medicare: عبارت از برنامه ای از Medicare می باشد که اکثر ضرورت های پزشکی بیمارستان، تسهیلات پرستاری حرفه ای، مراقبت در خانه و آسایشگاه بیماری های لاعلاج را پوشش می دهد.

بخش A: به "بخش A از Medicare" مراجعه کنید

بخش B از Medicare: عبارت از برنامه ای از Medicare می باشد که خدماتی (مانند آزمایش ها، جراحی ها، و جلسه ملاقات با پزشک) و وسایلی (مانند صندلی چرخدار و واکر) که برای درمان یک بیماری یا وضعیت از لحاظ پزشکی ضروری می باشد را پوشش می دهد. بخش B از Medicare بسیاری از خدمات پیشگیری و غربالگری را نیز پوشش می دهد.

بخش B: به "بخش B از Medicare" مراجعه کنید

بخش C از Medicare: عبارت از برنامه ای از Medicare می باشد که به شرکت های بیمه درمانی خصوصی اجازه می دهد مزایای Medicare را از طریق طرح Medicare Advantage ارائه دهند.

بخش C: به "بخش C از Medicare" مراجعه کنید

بخش D از Medicare: عبارت از برنامه مزایای داروهای نسخه ای Medicare می باشد. (ما به طور مختصر این برنامه را "بخش D" می نامیم.) بخش D شامل داروهای تجویزی سریایی، واکسیناسیون، و برخی تدارکات دیگری که تحت پوشش Medicare بخش A، و یا بخش B و یا Medi-Cal نیستند می شود. بیمه درمانی طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect شامل بخش D Medicare می شود.

بخش D: به "بخش D از Medicare" مراجعه کنید

بستری: این اصطلاح زمانی استفاده می شود که شما رسماً در بیمارستان برای خدمات درمانی تخصصی پذیرش شده باشید. اگر بطور رسمی پذیرش نشده باشید، حتی اگر در خلال شب در بیمارستان مانده باشید، درمان شما سریایی در نظر گرفته می شود نه بستری.

پرداخت تعلیقی هزینه: مادامی که منتظر تصمیم گیری مرحله 1 تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی هستید، می توانید همچنان از مزایای خود بهره مند شوید (برای اطلاعات بیشتر به بخش E فصل 9 مراجعه کنید). این پوشش این ادامه پوشش "پرداخت تعلیقی هزینه" نامیده



می شود.

پرداخت مشترک: مبلغ ثابتی که شما به هنگام دریافت برخی داروهای نسخه ای بابت سهم خود از هزینه پرداخت می کنید. مثلاً برای یک داروی تجویزی ممکن است مبلغ \$2 یا \$5 پرداخت کنید.

پروتز و ارتز: اینها لوازم پزشکی می باشند که پزشک یا دیگر ارائه کننده خدمات مراقبت درمانی شما سفارش می دهد. اقلام تحت پوشش عبارت از، اما نه محدود به، بازوبند، کمربند و گردنبند طبی؛ دست و پای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و لوازمی می باشند که برای جایگزینی یک عضو داخلی بدن، از جمله تجهیزات استومی و تغذیه درمانی با شیر مادر و یا شیر خشک، به آنها نیاز است.

تائیدیه قبلی: عبارت از یک تائیدیه می باشد که شما باید قبل از دریافت یک سرویس یا داروی خاص یا مراجعه به یک ارائه کننده خدمات خارج از شبکه از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت کنید. در صورتی که تائیدیه دریافت نکنید Blue Shield Cal MediConnect Plan ممکن است یک سرویس یا داروی خاص را پوشش ندهد.

برخی خدمات پزشکی شبکه فقط در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات شبکه پیش از ارائه خدمات از بیمه تائیدیه بگیرند.

خدمات تحت پوششی که برای دریافت آنها به تائیدیه قبلی طرح ما نیاز می باشد در جدول مزایای در فصل 4 مشخص شده اند.

برخی از داروها فقط در صورتی که از ما اجازه اولیه کسب کرده باشید پوشش داده می شوند.

داروهای تحت پوششی که برای دریافت آنها به تائیدیه قبلی طرح ما نیاز می باشد در فهرست داروهای تحت پوشش علامت گذاری شده اند.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME): عبارت از برخی اقلام می باشد که پزشکان برای مصرف شما در منزل سفارش می دهد. نمونه هایی از این موارد عبارت از صندلی های چرخ دار، عصاها، سیستم های تشکی الکتریکی، ملزومات دیابتی، تخت های بیمارستانی که توسط ارائه کننده خدمات برای استفاده در منزل تهیه می شود، پمپ های تزریق IV، دستگاه های تولید صدا، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها می باشد.

تسهیلات توانبخشی سرپایی کامل (CORF): تسهیلاتی که عمدتاً خدمات توانبخشی پس از بیماری، تصادف، یا جراحی های عمده را ارائه می دهد. این مراکز خدمات گوناگونی ارائه می دهند، مانند فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، فیزیوتراپی تنفسی، کاردرمانی، گفتار درمانی، و خدمات ارزیابی محیط خانه.

تصمیم گیری سازمان: این بیمه هنگامی که خود یا یکی از ارائه دهندگان خدماتش تصمیمی در رابطه با این که آیا خدماتی باید پوشش داده شوند و شما چه مبلغی باید برای خدمات تحت پوشش بپردازید یک تصمیم سازمانی می گیرد. تصمیم گیری سازمان در این کتابچه "تعیین میزان پوشش" نامیده شده است. فصل 9، بخش های E-D و F چگونگی درخواست برای تعیین میزان پوشش را شرح می دهد.

تصمیم گیری درباره میزان پوشش: عبارت از یک تصمیم درباره مزایایی که ما پوشش می دهیم می باشد. این شامل تصمیم گیری درباره اینکه چه خدمات و داروهایی را پوشش دهیم یا چه مبلغی برای خدمات درمانی شما بپردازیم می شود. فصل 9 چگونگی درخواست برای تعیین میزان پوشش را شرح می دهد.

تقسیم هزینه: مبالغی که شما باید به هنگام دریافت برخی داروهای نسخه ای پرداخت کنید. تقسیم هزینه شامل پرداخت مشترک می شود.

تیم مراقبتی بین رشته ای (ICT یا تیم مراقبت): یک تیم مراقبتی که شامل پزشکان، پرستارها، مشاورین، یا دیگر متخصصین امور پزشکی می شود که به شما در دریافت خدمات درمانی مورد نیازتان کمک می کنند. تیم درمانی شما همچنین شما را یاری می کند که برای خود طرح درمانی تهیه کنید.

تیم مراقبتی: به "تیم مراقبتی بین رشته ای" مراجعه کنید.

حوزه خدمات رسانی: ناحیه جغرافیایی که این بیمه درمانی در آن عضو می پذیرد، در صورتی که عضویت خود را محدود به ساکنین آن ناحیه بکنند. در بیمه هایی که شما محدود به دیدن پزشکان یا بیمارستانهای خاصی هستید، معمولاً در همان محدوده می توانید خدمات



روزمره (غیر اضطراری) دریافت کنید. فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند عضو طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect شوند.

خدمات اختیاری طرح مراقبتی (خدمات CPO): خدماتی اضافه ای که طبق طرح مراقبتی فردی (ICP) شما اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست جایگزین خدمات و پشتیبانی بلند مدتی که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید شوند.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدماتی که توسط بخش A و بخش B از Medicare پوشش داده می شوند. همه طرحهای درمانی Medicare، از جمله طرح ما، باید همه خدماتی که توسط بخش A و بخش B از Medicare پوشش داده می شوند، را تحت پوشش قرار دهند.

خدمات تحت پوشش: ما از این اصطلاح کلی برای اشاره به همه خدمات درمانی، خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، لوازم، داروهای نسخه ای و بدون نسخه، تجهیزات، و دیگر خدمات تحت پوشش بیمه خود استفاده می کنیم.

خدمات توانبخشی: درمانی که برای کمک در بهبود از بیماری، تصادف یا جراحی عمده دریافت می کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی به فصل 4 مراجعه کنید.

خدمات مبتنی بر مرکز برای بزرگسالان (CBAS): برنامه خدمات سرپایی داخل تسهیلات که مراقبت های پرستاری حرفه ای، خدمات اجتماعی، کار درمانی و گفتاردرمانی، مراقبت های شخصی، آموزش و پشتیبانی از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، ایاب و ذهاب، و دیگر خدمات شامل آن می شوند را در صورتی که واجد شرایط معیارهای مربوطه باشید ارائه می دهد.

خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS): خدمات و پشتیبانی های بلند مدت خدماتی برای کمک در بهبود یک عارضه پزشکی دیرینه می باشند. بیشتر این خدمات به شما کمک می کنند که در خانه خود بمانید و نیازی به آسایشگاه یا بیمارستان نداشته باشید. LTSS شامل خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS) و مراکز پرستاری (NF).

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا دیگر ارائه کنندگان خدمات درخواست خدمات Medi-Cal بکنند و ما آن را ارائه ندهیم، یا با پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal که از پیش دریافت می کرده اید ادامه ندهیم، شما می توانید درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر تصمیم دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات مورد درخواست شما را فراهم کنیم.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه ای که برای کار با بیمه درمانی ما در هماهنگی یا ارائه داروهای نسخه ای اعضايمان موافقت نکرده است. بیشتر داروهای که از داروخانه های خارج از شبکه تهیه کنید، تحت پوشش بیمه ما نخواهند بود مگر اینکه شرایط خاصی وجود داشته باشد.

داروخانه عضو شبکه: داروخانه ای (دراگ استور) که قبول کرده است نسخه های اعضاء بیمه ما را ارائه دهد. آنها را "داروخانه های عضو شبکه" می نامیم چون موافقت کرده اند با بیمه ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، نسخه های شما فقط در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که از یکی از داروخانه های درون شبکه فراهم شده باشند.

داروهای بخش D از Medicare: داروهای هستند که بخش D از Medicare پوشش می دهد. کنگره بطور اختصاصی گروههای دارویی خاصی را از پوشش تحت Medicare بخش D مستثنی کرده است. ممکن است Medi-Cal برخی از این داروها را پوشش دهد.

داروهای بخش D به "داروهای بخش D از Medicare" مراجعه کنید

داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC): داروهای بدون نیاز به نسخه به هر دوا یا دارویی اشاره دارد که یک فرد می تواند بدون یک نسخه از یک متخصص مراقبت های بهداشتی خریداری کند.

داروهای تحت پوشش: این اصطلاحی است که ما برای همه داروهای نسخه ای و بدون نیاز به نسخه (OTC) تحت پوشش بیمه خود استفاده می کنیم.

داروی با نام تجاری: داروی نسخه ای که توسط شرکتی که ابتدا آن را ساخته بوده است تولید و فروخته می شود. داروهای برند همان



مواد موجود در انواع ژنریک داروها را دارند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت های دیگر تولید و فروخته می شوند.

داروی ژنریک: داروی نسخه ای که مورد تایید دولت فدرال برای استفاده به جای یک داروی با نام تجاری است. داروی ژنریک دارای همان ترکیبات یک داروی دارای نام تجاری می باشد. داروی ژنریک معمولاً ارزانتر است ولی به همان اندازه داروی با نام تجاری کارایی دارد.

درآمد کمی تامین اجتماعی (SSI): عبارت از مزایای ماهیانه ای می باشد که توسط اداره خدمات اجتماعی به افرادی پرداخت می شود که درآمد و منابع محدودی دارند، ناتوان یا نابینا هستند، و بیش از 65 سال سن دارند. مزایای SSI با مزایای تامین اجتماعی یکسان نیستند.

درخواست تجدید نظر: روشی برای به چالش کشیدن عملکرد ما در صورتی که فکر کنید اشتباهی مرتکب شده ایم. با درخواست تجدیدنظر می توانید از ما بخواهید تصمیم گیری درباره پوشش بیمه شما را تغییر دهیم. بخش E فصل 9 انواع تجدیدنظر و همچنین چگونگی درخواست تجدیدنظر را شرح می دهد.

درمان مرحله ای: یک قانون پوشش دادن که طبق آن لازم است شما ابتدا داروی دیگری را پیش از این که ما داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم امتحان کنید.

دستیار مراقبت در منزل: عبارت از شخصی می باشد که خدماتی ارائه می دهد که نیازی به مهارت های یک پرستار یا درمانگر رسمی را ندارند، مانند کمک در مراقبت های شخصی (مانند حمام کردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، یا انجام ورزش های تجویز شده). دستیار مراقبت در منزل پروانه پرستاری ندارد و هیچ درمانی ارائه نمی دهد.

رده های تقسیم هزینه: عبارت از گروه داروهایی می باشد که تعرفه پرداخت مشترک یکسانی دارند. هریک از داروهای مندرج در فهرست داروهای تحت پوشش (که با نام فهرست دارویی نیز شناخته می شود) در یکی از چهار (4) رده تقسیم هزینه قرار دارد. بطور کلی، هرچه رده تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم بیمار برای دارو بالاتر خواهد بود.

رده های دارویی: عبارت از گروه های داروها در فهرست دارویی ما می باشد. داروهای ژنریک، دارای برند یا داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC) نمونه هایی از رده های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست داروها در یکی از چهار (4) رده قرار می گیرد.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): این سازمان متشکل است از گروهی از پزشکان و دیگر متخصصان در امور درمانی می باشد که در ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامتی اعضاء Medicare کمک می کنند. آنها توسط دولت فدرال حقوق می گیرند تا درمان ارائه شده به بیماران را بررسی و بهبود دهند. جهت اطلاعات مربوط به تماس با QIO در ایالت خود به فصل 2 مراجعه نمایید.

سلامت رفتاری: این یک عبارت کلی برای ارجاع به سلامت روانی و سوء مصرف مواد می باشد.

سهم از هزینه: آن قسمت از هزینه خدمات درمانی شما است که ممکن است هر ماه پیش از این که مزایای Cal MediConnect شما مورد اثر واقع شود پرداخت کنید. مقدار سهم شما از هزینه ها به درآمد و دارایی شما بستگی دارد.

شرایط اورژانسی: منظور از وضعیت پزشکی اورژانسی زمانی است که شما، یا هر شخص دیگری با حداقل دانش از مسائل درمانی و دارویی، بر این عقیده باشد که شما دارای علائم پزشکی مشخصی هستید که نیازمند مراقبت درمانی فوری برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن، یا عدم کارکرد عضوی از بدن شما می باشد. نشانه های بالینی می تواند جراحی شدید یا درد شدید باشد.

شکایت: بیانیه ای کتبی یا شفاهی که گویای این است که شما در رابطه با خدمات یا درمان تحت پوشش خود مشکل یا نگرانی دارید. این شامل مواردی مانند کیفیت خدمات دریافتی شما، کیفیت مراقب های بهداشتی، ارائه کنندگان خدمات شبکه یا داروخانه های شبکه می شود. عنوان رسمی "شکایت کردن" "طرح شکوائیه" است.

شکایت: عبارت از شکایتی می باشد که شما از ما یا ارائه دهندگان خدمات یا داروخانه های عضو شبکه ما می کنید. این شکایت شامل شکایت در خصوص کیفیت مراقبت های بهداشتی دریافتی یا کیفیت خدمات ارائه شده از طریق طرح سلامت شما می باشد.



صورتحساب غیرصحیح/نامناسب: عبارت از شرایطی می باشد که در آن یک ارائه دهنده خدمات (مانند یک پزشک یا بیمارستان) صورت حسابی بیش از سهم تقسیم هزینه بیمه برای خدمات برای شما صادر می کند. در هنگام دریافت هر گونه خدمات و یا داروهای تجویزی، طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect خود را نشان دهید. اگر صورت حسابی دریافت کرده اید که علت دریافت آن را متوجه نمی شوید، با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

به عنوان یکی از اعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، شما فقط باید هزینه سهم بیمار را برای خدمات تحت پوشش بیمه ما پرداخت کنید. ما به ارائه کنندگان خدمات اجازه نمی دهیم که برای خدمات تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر کنند.

ضرورت پزشکی: این اصطلاح توصیف کننده خدمات، وسایل، یا داروهای است که شما برای پیشگیری، تشخیص یا درمان وضعیت پزشکی یا حفظ شرایط سلامت فعلی خود به آنها نیاز دارید. این موارد شامل خدماتی است که از مراجعه شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند. تعریف Medi-Cal از ضرورت پزشکی محدود می شود به خدمات مراقبت های درمانی که برای محافظت زندگی، پیشگیری از بیماری شدید یا ناتوانی، یا کاهش درد شدید لازم باشند.

طرح Medicare Advantage: این یک برنامه Medicare می باشد که همچنین به عنوان "بخش C از Medicare" یا "MA Plans" نیز شناخته می شود، و از طریق شرکت های خصوصی طرح هایی را ارائه می دهد. Medicare به این شرکت ها هزینه پرداخت می کند تا مزایای Medicare شما را پوشش دهند.

طرح سلامت: عبارت از سازمانی متشکل از پزشک ها، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات بلند مدت، و دیگر ارائه کنندگان خدمات می باشد. همچنین هدایتگرهای مراقبتی دارد که به شما در مدیریت همه خدمات و ارائه کنندگان خدمات کمک می کنند. همه این ها با همکاری با یکدیگر به شما خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه می دهند.

طرح مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت): طرح بیمه برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و چگونگی دریافت آنها. ممکن است طرح شما شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی بلند مدت باشد.

طرح مراقبتی: به "طرح مراقبتی فردی" مراجعه کنید.

طرح های Medi-Cal: عبارت از طرح هایی می باشد که فقط مزایای Medi-Cal، مانند خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، لوازم پزشکی، و ایاب و ذهاب را پوشش می دهند. مزایای Medicare از این امر مجزا هستند.

طرح های مراقبت همه جانبه برای سالمندان (PACE): عبارت از برنامه ای می باشد که مزایای Medicare و Medi-Cal را با هم برای افراد بالای 55 سال که نیاز به مراقبت زیاد برای زندگی در خانه خود دارند پوشش می دهد.

عضو (عضو بیمه درمانی ما، یا عضو بیمه): شخصی که عضو Medicare و Medi-Cal است و واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش است، عضو بیمه ما است، و عضویت وی توسط مرکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ایالت تایید شده است.

عضو Cal-Medi-Medicare (ذینفع دوگانه): فردی است که هم برای پوشش Medicare و هم برای پوشش Medi-Cal واجد شرایط می باشد. واجدین شرایط Medicare-Medi-Cal، "فرد دارای صلاحیت دوگانه" نیز نامیده می شوند.

فعالیت های زندگی روزمره (ADL): آنچه که افراد در یک روز عادی انجام می دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن، یا مسواک زدن دندان ها.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): عبارت از فهرستی از همه داروهای نسخه ای و بدون نیاز به نسخه (OTC) تحت پوشش طرح می باشد. بیمه درمانی این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان تهیه می کند. فهرست دارو به شما اطلاع می دهد که برای گرفتن داروهای خود از چه قوانینی باید پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی "فرمولاری" نامیده می شود.

کتابچه راهنمای اعضاء و افشای اطلاعات: این سند، همراه با فرم ثبت نام شما و هر ضمیمه، الحاقیه، یا مدارک پوشش گزینه ای انتخاب شده، که توصیف کننده پوشش شما، آن چه که ما باید انجام دهیم، حقوق شما، و آن چه که شما به عنوان یکی از اعضاء این بیمه



باید انجام دهید.

کمک اضافی: این یک برنامه Medicare می باشد که به افراد با درآمد و منابع مالی محدود کمک می کند تا هزینه داروهای تجویزی بخش D از Medicare آنها مانند حق بیمه ها، کسورات و تعرفه های پرداخت مشترک کاهش یابد. Extra Help همچنین "یارانه افراد کم درآمد" یا "LIS" هم نامیده می شود.

لغو عضویت: فرآیند خاتمه دادن به عضویت خود در بیمه ما. خروج از این بیمه می تواند اختیاری (به انتخاب شما) یا غیر اختیاری (بدون انتخاب شما) باشد.

متخصص: پزشکی که خدمات درمانی برای بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن ارائه می دهد.

محدودیت تعدادی: محدودیت مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید. محدودیت ممکن است مربوط به مقدار داروهای تجویز شده در یک نسخه یا مربوط به تعداد دفعات تکرار باشد.

مراقبت اورژانسی: خدمات تحت پوششی که توسط ارائه دهنده خدمات آموزش دیده برای ارائه خدمات اضطراری و مورد نیاز برای درمان یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری می باشد.

مراقبت های فوری: عبارت از مراقبت هایی می باشند که شما برای بیماری، جراحت یا وضعیت هایی که اضطراری نیستند ولی باید بدون فوت وقت رسیدگی شوند دریافت می کنید. اگر ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه در دسترس نباشند یا نتوانید خود را به آنها برسانید، می توانید خدمات فوری را از سرویس دهندگان خارج از

مراقبت های مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): خدمات درمانی پرستاری و خدمات توانبخشی که به طور مدام، روزانه، در یک تسهیلات پرستاری حرفه ای ارائه می شود. مثالهایی از این گونه درمان شامل فیزیوتراپی یا تزریق درون وریدی (IV) است که توسط پرستار پروانه دار آیا پزشک معالج من می تواند درباره تجدیدنظر به شما اطلاعات بیشتری بدهد.

مراکز برای خدمات Medicare و Medicaid (CMS): این یک آژانس فدرال مسئول Medicare می باشد. در فصل 2 نحوه تماس با CMS شرح داده شده است.

مرحله پوشش اولیه: مرحله اولیه پوشش: مرحله پیش از آن که هزینه کل داروهای بخش D شما به \$7,050 برسد. این شامل مبلغی می شود که شما هزینه ای که بیمه ما از جانب شما پرداخت کرده بوده و یارانه افراد کم درآمد را پرداخت کرده اید. این مرحله وقتی آغاز می شود که شما اولین نسخه سال را تحویل می گیرید. در این مرحله، طرح درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را می پردازد و شما سهم خود را پرداخت می کنید.

مرحله پوشش بحرانی: این مرحله از مزایای بخش D زمانی آغاز می شود که بیمه کل هزینه داروهای شما تا پایان سال را پرداخت کرده باشد. این مرحله زمانی برای شما آغاز می شود که به حد \$7,050 برای داروهای نسخه ای خود رسیده باشید.

مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): این یک مرکز پرستاری می باشد که دارای کارکنان و تجهیزات لازم برای ارائه خدمات پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد خدمات توانبخشی تخصصی و دیگر خدمات درمانی مربوطه را دارا می باشد.

مرکز جراحی های اورژانسی: تسهیلاتی که به بیمارانی که نیاز به مراقبت های بیمارستانی ندارند و انتظار نمی رود که بیش از 24 ساعت به مراقبت نیاز داشته باشند جراحی های سریایی ارائه می دهد.

میزان تقسیم هزینه روزانه: عبارت از مبلغی می باشد که ممکن است وقتی پزشک شما داروی خاصی را به مقدار کمتری از مصرف یک ماه کامل برای شما تجویز می کند و شما باید برای آن تعرفه پرداخت مشترک را پرداخت کنید اعمال می شود. نرخ روزانه تقسیم هزینه برابر است با تعرفه پرداخت مشترک بیمار از هزینه تقسیم بر تعداد روزهایی که در یک ماه دارو تامین شده است.

به عنوان مثال: فرض کنیم که تعرفه پرداخت مشترک شما برای داروی یک ماه کامل (یک تامین 30 روزه) \$1.35 باشد. این بدان معنی است که مبلغی که شما برای داروی خود پرداخت می کنید کمتر از \$0.05 در روز می باشد. در صورت دریافت 7 روز دارو، پرداخت شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز، و در کل پرداخت کمتر از \$0.35 خواهد بود.



هدایتگر مراقبتی: یک شخص مشخص که با شما، بیمه درمانی، و ارائه دهندگان خدمات درمانی شما کار می کند تا مطمئن شود شما خدمات درمانی مورد نیاز خود را دریافت کنید.

هزینه های پرداخت شده از جیب: تقسیم هزینه لازم برای اعضاء مبنی بر پرداخت بخشی از هزینه خدمات یا داروهای که دریافت می کنند که نیازمندی هزینه "پرداخت از جیب" هم خطاب می شود. تعریف "تقسیم هزینه" را در بالا مطالعه نمایید.

یارانه افراد کم درآمد (LIS): به بخش "کمک اضافی" مراجعه کنید:

بخش مراقبت مشتریان: بخشی از بیمه درمانی ما که مسئول پاسخگویی به پرسش های شما درباره عضویت، مزایا، شکوائیه و درخواست تجدید نظر می باشد. برای اطلاعات مربوط به تماس با مرکز مراقبت مشتریان به بخش A فصل 2 مراجعه کنید.

شبکه نیز دریافت کنید.



با مراقبت مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید

تلفن 1-855-905-3825 تماس با این شماره رایگان است. هفت روز هفته. 8:00 صبح الی 8:00 بعد از ظهر. مراقبت مشتری برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند خدمات مترجمی شفاهی رایگان نیز ارائه می دهد.	
TTY 711 تماس با این شماره نیاز به تجهیزات تلفنی خاص داشته و فقط برای افرادی می باشد که در زمینه شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. هفت روز هفته. 8:00 صبح الی 8:00 بعد از ظهر.	
نوشتن Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755	
وب سایت www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect	

اگر سوالی دارید، لطفاً با طرح Blue Shield Promise Cal MediConnect با این شماره تماس بگیرید 1-855-95-3825

TTY: 711، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.





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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect