

گواهی پوشش

خدمات و مزایای سلامت Medicare و
پوشش داروهای نسخه‌ای شما به‌عنوان عضو
Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

شهرستان‌های San Diego و Los Angeles

1 ژانویه 2023 – 31 دسامبر 2023

کتابچه راهنمای اعضاء طرح Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

H5982_22_378A_C FA SNR 09192022

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (711) 1-800-452-4416 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید.

www.blueshieldca.com/medicare.



1 ژانویه 2023 – 31 دسامبر 2023

پوشش سلامتی و دارویی شما در طرح Blue Shield TotalDual Plan

مقدمه کتابچه راهنمای اعضاء

این کتابچه راهنمای اعضاء، که تحت عنوان شواهد پوشش شناخته می‌شود، به شما در خصوص پوشش شما تحت طرح بیمه ما تا تاریخ 31 دسامبر 2023 اطلاعاتی می‌دهد. 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 می‌کنند 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 شما آمده است.

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

وقتی این کتابچه راهنمای اعضاء می‌گوید "ما"، "به ما" یا "متعلق به ما"، یا "طرح ما" این به معنی طرح Blue Shield TotalDual Plan است.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame (800) 452-4413 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 452-4413 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00點至晚上8:00點或。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 452-4413 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 452-4413 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره 1-800-452-4416 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.

فارسی (Persian/Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711) 452-4413 (800) تماس بگیرید.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(800) 452-4413 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم رقم هاتف الصم والبكم (800) 452-4413 (711): رقم هاتف الصم والبكم (711):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 452-4413 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (800) 452-4413 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 452-4413 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY:711).

اُردُو : (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 452-4413 (TTY:711).

شما می توانید این سند را به صورت رایگان به فرمت های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، و/یا نسخه صوتی دریافت کنید. با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 ، 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته 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 درخواست، لطفاً با مراقبت مشتریان طرح Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید. آنها زبان و فرمت ترجیحی شما را برای ارتباطات آینده در پرونده نگه خواهند داشت. جهت به روزرسانی تنظیم برگزیده خود، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



بیانیه‌های سلب مسئولیت

- ❖ مزایا، حق بیمه، فرانشیزها، و/یا تعرفه سهم بیمار/بیمه مشترک در تاریخ 1 ژانویه 2024 ممکن است تغییر کند.
- ❖ فرمولاسیون، شبکه داروخانه و/یا شبکه های ارائه دهنده در هر زمانی ممکن است تغییر کند. شما در هنگام لزوم یک اطلاعیه در این زمینه دریافت خواهید کرد. حداقل 30 روز قبل، تغییرات را به ثبت نام کنندگانی که تحت تأثیر قرار می گیرند اطلاع خواهیم داد.
- ❖ این وظیفه طرح ما است که مزایای Medi-Cal (Medicaid) شما را برایتان هماهنگ کنیم.
- ❖ Blue Shield of California یک طرح HMO و HMO D-SNP با قرارداد Medicare و قراردادی با برنامه Medi-Cal (Medicaid) ایالتی California یا است. ثبت نام در Blue Shield of California به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- ❖ پوشش تحت طرح Blue Shield TotalDual Plan به عنوان "حداقل پوشش ضروری" برای واجدین شرایط است. این پوشش نیازمندی های مسئولیت های مشترک فردی بر اساس Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) 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 اطلاعاتی در خصوص Blue Shield TotalDual Plan است، یک طرح سلامت که همه خدمات Medicare شما را پوشش داده و تمام خدمات شما و Medi-Cal را هماهنگ می‌کند. این فصل همچنین به شما می‌گوید که باید چه انتظار داشته باشید و اینکه چه اطلاعات دیگری را از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء شما آمده است.

فهرست مطالب

A. به طرح بیمه ما خوش آمدید!	7
B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. مزایای طرح بیمه ما	8
D. منطقه خدماتی طرح ما	8
E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند	9
F. در ابتدای پیوستن به طرح سلامتی ما باید چه انتظاراتی داشت	9
G. تیم مراقبتی و طرح مراقبتی	10
G1. تیم مراقبتی	10
G2. طرح مراقبتی	10
H. حق بیمه ماهانه طرح	11
H1. حق بیمه	11
I. کتابچه راهنمای اعضاء شما	11
J. سایر اطلاعات مهمی که شما از ما دریافت می‌کنید	11
J1. کارت شناسایی طرح بیمه شما	11
J2. فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها	12
J3. فهرست داروهای تحت پوشش	13

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



14 J4. شرح مزایا

14 K. سوابق عضویت خود را به روز نگه دارید

14 K1. حریم خصوصی اطلاعات حفاظت شده سلامت (PHI)



A. به طرح بیمه ما خوش آمدید!

طرح بیمه ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند، ارائه می‌کند. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات و پشتیبانی های بلندمدت، ارائه دهندگان سلامت رفتاری و سایر ارائه دهندگان است. همچنین ما هماهنگ کننده های مراقبتی و تیم های مراقبت داریم تا به شما در مدیریت ارائه دهندگان و خدماتشان کمک کنند. همه این ها با همکاری با یکدیگر به شما خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه می دهند.

B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare یک بیمه درمانی دولتی برای:

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه بیمه درمانی Medi-Cal در کالیفرنیا (Medicaid) 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 Long-Term Services and Supports (خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، یا با اختصار LTSS) و همچنین خدمات پزشکی خود را پرداخت کنند. خدمات و داروهای 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 کسی واجد شرایط است،
- 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 طرح بیمه ما را تایید کردند. شما می توانید با توجه به شرایط زیر از خدمات Medicare و Medi-Cal استفاده 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، واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تحت تأثیر قرار نمی گیرد.



C. مزایای طرح بیمه ما

هم اکنون شما تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود را از طرح بیمه ما، مانند داروهای نسخه ای، دریافت خواهید کرد. برای ملحق شدن به این بیمه درمانی هزینه اضافی پرداخت نمی کنید.

ما 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 برای تمام نیازهای مراقبت های بهداشتی خود می توانید با ما کار کنید.
- شما یک تیم مراقبتی دارید 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 هماهنگ کننده مراقبتی دسترسی دارید. وی شخصی است که با شما، با طرح بیمه ما، و تیم مراقبتی شما برای کمک در ترکیب یک طرح بیمه درمانی همکاری خواهد کرد.
- شما خواهید توانست تا با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ کننده مراقبتی خود مراقبت از خود را هدایت کنید.
- تیم مراقبت و هماهنگ کننده مراقبت با شما جهت طراحی یک برنامه مراقبتی برای برآورده کردن نیازهای سلامت شما همکاری می کنند. تیم مراقبتی به شما در هماهنگ کردن خدمات مورد نیازتان کمک می کند. به عنوان مثال، این بدان معناست که تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می کند:
 - 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.
 - که در صورت نیاز، نتیجه آزمایشات شما در اختیار همه پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات، گذاشته شود.

اعضای جدید Blue Shield TotalDual Plan: در بیشتر موارد، شما در نخستین روز ماه پس از درخواستتان برای ثبت نام در Blue Shield TotalDual Plan در [Blue Shield TotalDual Plan برای مزایای Medicare خود ثبت نام می شوید. شما همچنان می توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، شما خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield Promise Health Plan دریافت می کنید. در پوشش Medi-Cal شما هیچ فاصله ای وجود نخواهد داشت. اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

D. منطقه خدماتی طرح ما

ناحیه تحت پوشش ما شامل این شهرستان ها در کالیفرنیا می باشد: کانتی های لس آنجلس و سن دیگو

فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند عضو طرح بیمه ما شوند.

در صورت خارج شدن از محدوده تحت پوشش خدمات ما، شما دیگر نمی توانید عضو این بیمه باشید. جهت اطلاعات بیشتر درباره اثرات نقل مکان کردن به خارج منطقه خدمات به **فصل 8 کتابچه راهنمای اعضاء** خود مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می کند

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

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در آن منطقه قرار داشته باشند، ساکن در منطقه خدمات جغرافیایی محسوب نمی شوند.)، 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.

برای اطلاعات بیشتر با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر واجد شرایط بودن خود را از دست دادید، اما به طور منطقی بشود انتظار داشت که واجد شرایط بودن را ظرف 6 ماه دوباره به دست آورید، در این صورت هنوز واجد شرایط عضویت در طرح ما هستید (فصل 4، بخش A در مورد پوشش و تقسیم هزینه در این دوره به شما می گوید که ادامه صلاحیت نامیده می شود).

F. در ابتدای پیوستن به طرح سلامتی ما باید چه انتظاراتی داشت

در ابتدای ثبت نام در طرح بیمه ما، یک ارزیابی خطر سلامت (HRA) طی 90 قبل یا بعد از تاریخ ثبت نام موثر دریافت می کنید.

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA اساس توسعه برنامه مراقبت شما است. HRA شامل سوال هایی برای شناسایی LTSS شما، و سلامت رفتاری و نیازمندی های کارکردی شما می باشد.

برای انجام HRA ما با شما تماس می گیریم. HRA را می توانیم از طریق ملاقات فردی، تماس تلفنی یا به صورت پستی تکمیل کنیم.

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

اگر طرح بیمه ما برای شما تازگی دارد، شما می توانید همچنان تا مدت زمان مشخصی از پزشکان حال حاضر خود، اگر آنها در شبکه ما نیستند استفاده کنید. ما این را تداوم مراقبت می نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، شما می توانید در صورت دارا بودن کلیه شرایط زیر مجوزهای مربوط به ارائه دهندگان خدمات و خدمات فعلی خود در هنگام ثبت نام تا 12 ماه حفظ کنید:

- شما، نماینده یا ارائه دهنده شما از ما درخواست می کنید که به شما اجازه دهیم از ارائه دهنده کنونی تان استفاده کنید.
- ما ثابت می کنیم 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 طرح بیمه ما حداقل یکبار برای ویزیت های غیر اورژانسی به یک ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه مراجعه کرده اید.
- ما این رابطه فعلی را با بررسی سوابق پزشکی در دسترس شما که در اختیار داریم و یا اطلاعاتی که شما به ما می دهید مشخص می کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- ما برای جواب دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. شما 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: شما صرفاً می توانید این درخواست را برای خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، ایاب و ذهاب یا سایر خدمات جانبی که در طرح ما گنجانده نشده اند، ارائه دهید. شما این درخواست را برای ارائه دهندگان DME، ایاب و ذهاب، یا سایر ارائه دهندگان فرعی نمی توانید ارائه دهید.

پس از اتمام دوره ادامه خدمات درمانی، باید از پزشکان و دیگر ارائه کنندگان خدماتی استفاده کنید که عضو شبکه طرح Blue Shield TotalDual Plan network 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 Independent Physician Association (انجمن پزشکی مستقل، یا به اختصار IPA) سازمانی است تاسیس یافته طبق قانون کالیفرنیا که برای ارائه یا برنامه ریزی تامین 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. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص دریافت مراقبت، به **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. تیم مراقبتی و طرح مراقبتی

G1. تیم مراقبتی

یک تیم مراقبت به شما می تواند کمک کند تا مراقبت های مورد نیازتان را دریافت کنید. یک تیم مراقبتی می تواند متشکل باشد از پزشک شما، یک هماهنگ کننده مراقبت، یا هر شخص خدمات درمانی که شما انتخاب کنید.

هماهنگ کننده مراقبت شخصی است که برای کمک به شما در مدیریت خدمات درمانی مورد نیازتان آموزش دیده است. به هنگام ثبت نام با طرح بیمه ما یک هماهنگ کننده مراقبت برای شما تعیین می شود. این شخص همچنین شما را به سایر منابع اجتماعی که طرح ما ممکن است ارائه دهد ارجاع می دهد و با تیم مراقبت شما برای هماهنگی مراقبت شما همکاری خواهد کرد. جهت اطلاعات بیشتر در خصوص هماهنگ کننده مراقبت و تیم مراقبت خود با شماره های پایین صفحه با ما در تماس باشید.

G2. طرح مراقبتی

تیم مراقبتتان با شما همکاری می کند تا یک طرح مراقبتی تهیه کنید. 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 شامل موارد زیر است:

- اهداف خدمات درمانی شما.
- جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیاز شما.

تیم مراقبتی شما پس از ارزیابی ریسک سلامتی با شما ملاقات می کند. آنها با شما درباره خدماتی که نیاز دارید صحبت می کنند. آنها همچنین به شما درباره خدماتی که ممکن است بخواهید درباره دریافت آنها فکر کنید اطلاع می دهند. طرح مراقبتی شما بر اساس نیازمندی هایتان طراحی می شود. تیم مراقبتی شما حداقل سالی یک بار برای به روز رساندن طرح مراقبتی تان با شما کار می کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



H. حق بیمه ماهانه طرح

H1. حق بیمه

به عنوان عضوی از طرح بیمه خود، حق بیمه ماهانه طرح را می پردازید. برای سال 2023، حق بیمه ماهانه بخش D برای طرح Blue Shield TotalDual مبلغ \$33.20 دلار است. با این حال، تا وقتی که پارانه کم درآمد بخش D، که به عنوان "Extra Help" نیز شناخته می شود، و پوشش کامل Medi-Cal داشته باشید، ماهانه \$0 دلار پرداخت می کنید.

I. کتابچه راهنمای اعضاء شما

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

می توانید با تماس با بخش مراقبت از مشتری از طریق شماره های پایین صفحه، یک کتابچه راهنمای اعضاء درخواست کنید. همچنین به کتابچه راهنمای اعضا در وب سایت ما به آدرس وب در پایین صفحه می توانید مراجعه کنید یا آن را دانلود کنید.

قرارداد برای ماه هایی که شما با طرح بیمه ما ثبت نام می کنید بین 1 ژانویه 2023 الی 31 دسامبر 2023 معتبر است.

J. سایر اطلاعات مهمی که شما از ما دریافت می کنید

سایر اطلاعات مهمی که در اختیار شما قرار می دهیم شامل کارت شناسایی عضو، اطلاعات نحوه دسترسی به فهرست ارائه دهنده و داروخانه، و اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش است.

J1. کارت شناسایی طرح بیمه شما

در بیمه ما، شما یک کارت برای استفاده از خدمات Medicare و Medi-Cal خود که تحت پوشش طرح بیمه ما هستید دارید، که شامل خدمات و پشتیبانی بلندمدت، خدمات بهداشت رفتاری بخصوص، و گرفتن نسخه هم می شود. این کارت را به هنگام دریافت خدمات یا نسخه بخش D نشان دهید. در اینجا یک نمونه کارت شناسایی عضو وجود دارد:

Blueshieldca.com/medicare در شرایط اورژانسی باید با 911 تماس گرفته یا به نزدیک ترین اورژانس مراجعه کنید. بخش مراقبت مشتریان: راهنمای داروخانه: ایاب و ذهاب: 7/24 کمک پرستار پزشکی به: ارسال مطالبات نسخه پزشکی به: ارائه دهندگان خدمات: لطفاً همه مطالبات را با دارنده مجوز BCBS محلی خود که در مناطق خدماتی آن است، ثبت کنید - عضوی که خدمات را دریافت کرده است. Blue Shield of California یکی از اعضای مستقل Blue Shield Association است. (800) 452-4413 (TTY: 711) (888) 970-0933 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 273640, Chico, CA 95927-2640 Blue Shield of California P.O. Box E2066, Phoenix, AZ 85072-2066	blue  california MedicareRx Prescription Drug Coverage نام عضو: نام عضو شماره شناسایی عضو: AMPJ12345678 تلفن هماهنگ کننده مراقبت: [888] 548-5765 نام: <PCP Name> گروه: <PCP Group> شماره تلفن: <PCP Phones> HES2B-OOE RxBIH 004336 RxPCN 77993322 عضو را نمی توان شارژ کرد PCP/SPC/ER/RX \$0/\$0/\$0/\$0
---	--

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



چنانچه کارت شناسایی عضویت شما آسیب دیده، مفقود شده یا به سرقت رفته است، فوراً با شماره تلفن پایین صفحه با بخش مراقبت از مشتری تماس بگیرید. ما برای شما یک کارت جدید ارسال می کنیم.

مادامی که عضو بیمه ما هستید، نیازی به استفاده از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی خود ندارید. این کارت را برای نیاز احتمالی به آنها در آینده، در جای امنی نگه دارید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت عضویت 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 **فصل 7 کتابچه راهنمای اعضاء** خود مراجعه کنید.

به خاطر داشته باشید، جهت دسترسی به خدمات زیر به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایای (BIC) نیاز دارید:

- نسخه ها صرفاً از طریق Medi-Cal Rx پوشش داده می شوند
- خدمات دندانپزشکی صرفاً از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal تحت پوشش قرار می گیرند
- خدمات پشتیبانی در-منزل (IHSS)
- برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)

J2. فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها

فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها فهرستی از اسامی داروخانه های موجود در شبکه طرح بیمه ما است. تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید جهت دستیابی به خدمات تحت پوشش، به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید.

می توانید با تماس با بخش مراقبت از مشتری از طریق شماره های پایین صفحه، یک فهرست ارائه دهندگان و داروخانه درخواست کنید. همچنین به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه در وب سایت ما به آدرس وب در پایین صفحه می توانید مراجعه 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 -Adult Day Health- و ارائه دهندگان خدمات خانگی -Home Health providers-) می باشد که شما ممکن است بعنوان عضو Blue Shield TotalDual Plan یا طرح Blue Shield Promise Medi-Cal Plan 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 بلندمدت (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.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.

تعریف ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه

- ارائه دهندگان شبکه ما 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 کنندگان خدماتی است که خدمات و محصولاتی ارائه می دهند که شما از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می کنید.

ارائه دهندگان شبکه موافقت کردند که پرداخت از طرح ما برای خدمات تحت پوشش را به عنوان پرداخت به طور کامل بپذیرند.

تعریف داروخانه های عضو شبکه

- منظور از داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که می پذیرند 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.

برای اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتری در طول روزها و ساعات کاری درج شده با شماره های پایین صفحه تماس بگیرید. وب سایت طرح مراقبت از مشتری و طرح بیمه ما 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. که به شما می گوید که طرح ما کدام داروهای نسخه ای را پوشش می دهد.

این فهرست دارو همچنین مقررات و محدودیت های هر دارو، مثل محدودیت در مقداری که می توانید بگیرید، را مشخص می کند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

هر ساله ما اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به فهرست دارویی را برای شما ارسال می کنیم، اما ممکن است در طول سال تغییراتی در آن صورت بگیرد. جهت دریافت به روزترین اطلاعات در خصوص داروهایی که تحت پوشش هستند، با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید یا از وب سایت ما دیدن کنید (به اطلاعات پایین صفحه مراجعه فرمایید).



J4. شرح مزایا

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

شرح مزایا یا (EOB) به شما اطلاعاتی درباره مبلغ کلی که شما یا شخص دیگری از جانب شما، برای داروهای نسخه ای بخش D پرداخت کردید، و مبلغ کلی که ما برای هر داروهای نسخه ای بخش D شما طی آن ماه پرداخت کردیم 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 کتابچه راهنمای اعضاء شما اطلاعات بیشتری درباره EOB و این که چگونه به شما در نگهداری سوابق هزینه های داروهایتان کمک می کند ارائه داده شده است. شما همچنین می توانید برای EOB درخواست کنید. جهت دریافت کپی، با بخش خدمات مشتری با شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.

K. سوابق عضویت خود را به روز نگه دارید

شما سوابق عضویت خود را با اطلاع رسانی به ما از هر گونه تغییر در اطلاعات خود می توانید به روز نگه دارید.

ما به این اطلاعات نیاز داریم تا اطمینان حاصل کنیم که اطلاعات صحیح شما را در سوابق خود داریم. ارائه دهندگان شبکه و داروخانه های ما نیز به اطلاعات صحیح درباره شما نیاز دارند. آنها از سوابق شما برای اطلاع از این که چه نوع خدمات و داروهایی مصرف می کنید و چه هزینه ای برای شما دارند استفاده می کنند.

در مورد موارد زیر فوراً به ما اطلاع دهید:

- تغییرها در نام، نشانی، یا شماره تلفن خود.
- تغییرات در سایر پوشش های بیمه درمانی، 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 از یک بیمارستان یا اتاق اورژانس.
- تغییرات در مراقبت شما (یا شخصی که مسئول شما می باشد)
- در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می کنید. (توجه: ضروری نیست که شما در خصوص یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که در آن هستید یا بخشی از آن می باشید به ما بگویید، اما ما شما را به انجام این کار تشویق می کنیم).

اگر هر گونه اطلاعاتی تغییر کرد، با بخش خدمات مشتری تماس بگیرید.

K1. حریم خصوصی اطلاعات حفاظت شده سلامت (PHI)

اطلاعات موجود در سابقه عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) باشد. قوانین فدرال و ایالتی ایجاب می کنند که PHI شما را خصوصی نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می کنیم. جهت جزئیات بیشتر درباره نحوه حفاظت ما از PHI شما توسط ما، به فصل 8 کتابچه راهنمای اعضاء خود 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 بیمه ما و مزایای مراقبت های سلامتی شما کمک کند. شما همچنین می توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با هماهنگ کننده مراقبت و دیگری که از طرف شما نمایندگی می کنند استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء شما آمده است.

فهرست مطالب

A. بخش مراقبت مشتریان	16
B. هماهنگ کننده مراقبت شما	18
C. خط تلفن مشاوره پرستار	20
D. خط بحران سلامت رفتاری	20
E. HICAP (برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت، یا به اختصار)	21
F. QIO (سازمان بهبود کیفیت)	22
G. Medicare	23
H. Medi-Cal	23
I. دفتر بازرسی	24
J. خدمات اجتماعی کانتی	25
K. County Specialty Mental Health Plan	26
L. California Department of Managed Health Care	27
M. سایر منابع	27



A. بخش مراقبت مشتریان

تلفن	1-800-452-4413 تماس با این شماره رایگان است. 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته. 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.
مکاتبه	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
وب سایت	blueshieldca.com/medicare

جهت دریافت کمک با بخش خدمات مشتری تماس بگیرید:

- سوال درباره بیمه درمانی
- سوالاتی درباره مطالبات یا صورتحساب
- 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 جهت 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 فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود 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 می کنید اشتباه کرده ایم یا با این تصمیم مخالفید.
 - جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود 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. یک ارائه دهنده خدمات شبکه ارائه دهنده خدماتی است که با طرح ما همکاری می کند. شما همچنین می توانید در رابطه با کیفیت خدمات درمانی که از ما دریافت کرده اید به Quality Improvement Organization (سازمان بهبود کیفیت) شکایت کنید (به بخش F در زیر مراجعه کنید).

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- می توانید با شماره 1-800-452-4413 با ما تماس بگیرید و شکایت خود را مطرح کنید.
- اگر شکایت شما به تصمیم پوشش دادن خدمات درمانی شما مربوط می شود، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش بالا مراجعه کنید).
- می توانید شکایت خود را از طرح بیمه ما با 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.
- می توانید با تماس با شماره 1-888-804-3536، درباره طرح ما به برنامه بازرسان شکایت کنید.
- برای اطلاعات درباره نحوه طرح شکایت درباره خدمات درمانی خود به **فصل 9، کتابچه راهنمای اعضاء خود** مراجعه کنید.
- تصمیم گیری ها درباره میزان پوشش Medicare داروهای شما
 - منظور از تصمیم پوشش بیمه درباره داروهای Medicare شما تصمیمی است در مورد:
 - مزایا و داروهای تحت پوشش Medicare، یا
 - مبلغی که ما جهت داروهای Medicare شما پرداخت می کنیم.
 - داروهای غیر تحت پوشش Medicare، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، تحت پوشش Medi-Cal Rx ممکن است قرار گیرند. لطفاً جهت اطلاعات بیشتر به وب سایت [Medi-Cal Rx \(medi-calrx.dhcs.ca.gov/\)](http://Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تعیین پوشش داروهای Medicare تجویز شده خود به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود** مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر نظر برای داروهای Medicare تان
 - یک تجدیدنظر نظر نحوه ای است برای درخواست تغییر تصمیم پوشش بیمه ما.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر نظر داروهای Medicare تجویز شده خود به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود** مراجعه کنید.
- شکایت ها برای داروهای Medicare تان
 - شما می توانید از ما یا هر داروخانه ای شکایت کنید. این شامل شکایت در مورد داروهای Medicare با نسخه هم می شود.
 - اگر شکایت شما درباره تصمیمی در مورد پوشش بیمه داروهای Medicare تان باشد، می توانید درخواست تجدیدنظر نظر کنید. (به بخش بالا مراجعه فرمایید.)
 - می توانید شکایت خود را از طرح بیمه ما با 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.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت در خصوص داروهای Medicare تجویز شده خود به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود** مراجعه کنید.



- پرداخت هزینه برای مراقبت های درمانی یا داروهای Medicare 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 **فصل 7 کتابچه راهنمای اعضاء خود** 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. به **فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضاء خود** مراجعه کنید.

B. هماهنگ کننده مراقبت شما

هماهنگ کننده مراقبت شخصی است که برای کمک به شما در هماهنگی فرآیند خدمات درمانی تان آموزش خاصی دیده است. هماهنگ کننده مراقبت شما عضوی از تیم مراقبتی شما است، و او به عنوان تماس اصلی برای شما عمل می کند. به محض ثبت نام، یک هماهنگ کننده مراقبت با شما تماس می گیرد تا ارزیابی ریسک سلامتی و طرح مراقبت فردی خود را تکمیل کنید. اینها ابزارهایی هستند که هماهنگ کننده مراقبت شما برای کمک به شناسایی و شخصی سازی نیازهای مراقبت سلامتی متناسب با شما استفاده می کند. با شماره زیر با هماهنگ کننده مراقبت می توانید تماس بگیرید. .

تلفن	1-888-548-5765 تماس با این شماره رایگان است. 8:00 صبح الی 6:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه 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 الی 6:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه
مکاتبه	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

جهت دریافت کمک در موارد زیر با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید:

- 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 بزرگسالان مبتنی بر اجتماع (CBAS) و مراکز پرستاری (NF).

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



خدمات و حمایت های دراز مدت (LTSS) به طیف وسیعی از خدماتی اطلاق می شود که از بزرگسالانی که برای زندگی مستقل در جامعه یا در یک مرکز مراقبت طولانی مدت نیاز به کمک دارند، حمایت می کند. LTSS برای اعضایی 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 هماهنگ کننده مراقبت خود یا مراقبت مشتریان تماس بگیرید.

LTSS شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر اجتماع (CBAS)، خدمات حمایتی در منزل (IHSS)، برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، مراقبت های بلندمدت/خدمات سرپرستی می باشد.

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

بسته به کانتی ای که در آن زندگی می کنید و واجد شرایط بودن شما، ممکن است از طریق Blue Shield Promise Medi-Cal Plan نیز پشتیبانی بیشتری از جامعه دریافت کنید. چنانچه فکر می کند واجد شرایط حمایت اجتماعی هستید ارائه دهنده شما می تواند شما را ارجاع دهد یا می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز مراقبت مشتری یا هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید. ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- تغییرات انطباقی دسترسی زیست محیطی (اصلاحات خانه)،
- خدمات مسیریابی انتقال مسکن،
- سپرده های مسکن،
- اجاره و خدمات نگهداری مسکن،
- وعده های غذایی حمایتی یا غذاهای متناسب از نظر پزشکی،
- خدمات مراقبت شخصی و خانه داری،
- مراقبت های بهبودی (مهلت درمانی)،
- مهلت برای مراقبان،
- مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن در بیمارستان، یا
- مراکز پرهیز



C. خط تلفن مشاوره پرستار

خط مشاوره پرستار Blue Shield of California با بکارگیری پرستاران دارای پروانه رسمی آماده پاسخگویی به سوالات شما به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می باشد. 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. شما می توانید در صورت داشتن سوالاتی در مورد سلامت یا مراقبت های سلامتی خود با خط تماس مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

تلفن 304-0504 (877) 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

D. خط بحران سلامت رفتاری

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. خط دسترسی و بحران سن دیگو 1-888-724-7240 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
--	------

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



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
--	-----

برای کمک در موارد زیر با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- سوال ها درباره خدمات بهداشت رفتاری و سوء مصرف مواد
- چنانچه سوالی در خصوص بهداشت روان و خدمات اختلالات سوء مصرف مواد داشتید، با طرح خدمات بهداشتی رفتاری Blue Shield of California Promise Health به شماره (855) 765-9701 تماس بگیرید.

جهت سوال های خود در مورد خدمات تخصصی بهداشت روانی در شهرستان خود، به بخش K مراجعه کنید.

E. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت، یا به اختصار (HICAP)

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	(800) 434-0222 9 صبح تا 4 بعد از ظهر، دوشنبه تا 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.
مکاتبه	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
وب سایت	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

برای دریافت راهنمایی با HICAP تماس بگیرید:

- سوالاتی در مورد طرح ما یا Medicare

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/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.

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما دارای سازمانی است به نام سازمان بهبود کیفیت مراقبت خانوادهمحور و ذینفع (BFCC-QIO) Livanta 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 از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه؛ شنبه و یکشنبه از ساعت 11 صبح تا 3 بعد از ظهر؛ و از ساعت 7 صبح تا 3:30 بعد از ظهر در تعطیلات.
TTY	6668-887-855-1 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
وب سایت	https://livantaqio.com/en/states/california

برای کمک در موارد زیر با سازمان بهبود کیفیت مراقبت خانوادهمحور و ذینفع (BFCC-QIO) Livanta تماس بگیرید:

- تجدید نظر درباره حقوق 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



Medicare .G

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 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	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 اسنادی 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 را در وب سایت پیدا کرده و اطلاعات را با شما بررسی می کنند.

Medi-Cal .H

Medi-Cal برنامه Medicaid کالیفرنیا است. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت های بهداشتی مورد نیاز را برای افراد کم درآمد، از جمله خانواده های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، پرورشگاه، زنان باردار، و افراد مبتلا به بیماری های خاص مانند سل، سرطان سینه یا اچ آی وی/ایدز ارائه می کند. Medi-Cal توسط دولت های ایالتی و فدرال تامین مالی می شود.

تلفن	(800) 541-5555 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر در دسترس است.
-------------	---

اگر سوالی دارید، لطفا هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



TTY	(800) 735-2922 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.
مکاتبه	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
وب سایت	www.dhcs.ca.gov

۱. دفتر بازرسی

دفتر بازرسی 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. دفتر بازرسی همچنین می تواند به شما در رابطه مشکلات مربوط به خدمات یا صورت حساب ها کمک کند. دفتر بازرسی به طور خودکار در یک شکایت جانب طرفی را نمی گیرد. آنها همه طرف ها را منصفانه و بی طرف در نظر می گیرند. وظیفه آنها کمک به ایجاد راه حل های منصفانه برای مشکلات دسترسی به مراقبت های بهداشتی است. خدمات این برنامه رایگان می باشد.

تلفن	1-888-452-8609 تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است.
مکاتبه	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وب سایت	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



ج. خدمات اجتماعی کانتی

اگر در زمینه مزایای خدمات سلامتی و اجتماعی کانتی لس آنجلس یا کانتی سن دیگو خود به کمک نیاز دارید، با اداره کانتی خود تماس بگیرید.

تلفن	1-866-613-3777 تماس با این شماره رایگان است. Los Angeles County Department of Public Social Services 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.
مکاتبه	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd Los Angeles, CA 90023
وب سایت	https://dpss.lacounty.gov
تلفن	1-866-262-9881 تماس با این شماره رایگان است. کارکنان بهداشت و خدمات انسانی کانتی سن دیگو بین ساعات 8:00 صبح و 5:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در خدمت شما هستند. تماس با خط سلف سرویس در تمام مدت شبانه روز، در هفت روز هفته مقدور است. تماس گیرندگان برای استفاده از سیستم باید شماره تأمین اجتماعی خود (SSN) را وارد کنند.
TTY	1-619-589-4459 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
مکاتبه	County of San Diego Health and Human Services Agency County of San Diego PO Box 85027 San Diego, CA 92186
وب سایت	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



County Specialty Mental Health Plan .K

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.

کانتی Los Angeles 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. کانتی San Diego 1-888-724-7240 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

برای کمک در موارد زیر با برنامه تخصصی سلامت روان کانتی تماس بگیرید:

- سوال درباره خدمات بهداشت رفتاری که شهرستان 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

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



California Department of Managed Health Care .L

California Department of Managed Health Care (DMHC) مسئول تنظیم طرح های بیمه درمانی می باشد. DMHC Help Center برای درخواست تجدید نظر یا شکایت در مورد خدمات Medi-Cal 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.
مکاتبه	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

M. سایر منابع

برنامه نظارت بر اتحاد مصرف کنندگان سلامت (HCA) برای کمک به افرادی که در تلاش برای دریافت یا حفظ پوشش بهداشتی و حل مشکلات برنامه های بهداشتی خود هستند، کمک رایگان ارائه می دهد.

اگر با این موارد مشکلی دارید؟

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح سلامت خود
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدید نظر در خصوص خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
- صورتحساب پزشکی
- IHSS (خدمات پشتیبانی در منزل)

اتحاد مصرف کنندگان سلامت به شکایات، تجدید نظر و رسیدگی کمک می کند. شماره تلفن اتحاد مصرف کنندگان سلامت 1-888-804-3536 می باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



روش تماس با آژانس منطقه ای کانتی لس آنجلس و کانتی سن دیگو در مورد پیری

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.

لس آنجلس 1-888-202-4248 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه سن دیگو 1-800-510-2020 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه	تلفن
711 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.	TTY
Los Angeles County Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020 San Diego County County of San Diego Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101	مکاتبه
کانتی لس آنجلس /https://css.lacounty.gov کانتی سن دیگو /https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais	وب سایت

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



نحوه تماس با مراکز منطقه ای کانتی لس آنجلس و کانتی سن دیگو

مراکز منطقه ای شرکت های غیرانتفاعی خصوصی هستند که با Department of Developmental Services (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.

کانتی لس آنجلس 1-916-654-1690 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه کانتی سن دیگو 1-858-576-2996 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه	تلفن
کانتی لس آنجلس 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.	TTY
Los Angeles County P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020 San Diego County San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123	مکاتبه
www.dds.ca.gov	وب سایت

اگر سوالی دارید، لطفا هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



روش تماس با خدمات حقوقی در مجاورت خود در کانتی لس آنجلس

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	1-800-433-6251 دوشنبه، چهارشنبه و جمعه، 9:00 صبح تا 1:00 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.
مکاتبه	<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 هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (711) TTY: 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



نحوه تماس با انجمن کمک های حقوقی سن دیگو

علاوه بر انجمن کمکهای حقوقی سن دیگو (LASSD) مرکز مصرف کنندگان بهداشتی و برنامه خدمات بازرسی، LASSD همچنین طیف کاملی از خدمات حقوقی پویا را ارائه می دهد. LASSD خدمات حقوقی را در زمینه های حقوق مسکن (به عنوان مثال، دفاع از تخلیه، سکونت، نقض مسکن عادلانه و غیره)، قانون خانواده (طلاق، حضانت، ملاقات و اختلافات حمایتی و غیره) قانون مهاجرت (دادخواستهای خانواده، ویزای U/T و غیره)، حمایت از مصرف کننده (دفاع از جمع آوری، اختلافات قراردادی و غیره)، و موارد دیگر.

تلفن	1-877-534-2524 9:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه
TTY	1-800-735-2929 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره به تجهیزات تلفن خاصی نیاز است.
مکاتبه	<u>Southeast San Diego Office</u> 110 S. Euclid Avenue San Diego, CA 92114 <u>Midtown San Diego Office</u> 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110 <u>North County Office</u> 216 S. Tremont Street Oceanside, CA 92054
وب سایت	www.lassd.org

اگر سوالی دارید، لطفا هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما 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 بیمه ما از آنها مطلع باشید. این فصل همچنین در مورد هماهنگ کننده مراقبت 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 صورت دریافت مستقیم صورتحساب برای خدماتی که ما تحت پوشش قرار می دهیم 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 شما آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه دهندگان	33
B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می دهد	34
C. هماهنگ کننده مراقبت شما	35
C1. هماهنگ کننده مراقبتی کیست	35
C2. چگونه می توان با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس گرفت	36
C3. چگونه می توان با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس گرفت	36
D. مراقبت از طرف ارائه دهندگان	36
D1. دریافت خدمات مراقبتی از یک پزشک مراقبت های اولیه	36
D2. خدمات مراقبتی متخصصین و دیگر ارائه دهندگان خدمات شبکه	39
D3. وقتی یک ارائه دهنده طرح ما را ترک می کند	39
D4. ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه	40
E. خدمات سلامت و بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوء مصرف مواد)	40
E1 G. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح بیمه ما ارائه می شود	41
F. خدمات ایاب و ذهاب	43
F1. ایاب و ذهاب پزشکی در شرایط غیر اضطراری	43



- 44.....G2. ایاب و ذهاب برای موارد غیر پزشکی
- 45.....G. خدمات تحت پوشش در مواقع اورژانسی پزشکی، در مواقع ضروری یا در هنگام فاجعه
- 45.....G1. مراقبت در اورژانس پزشکی
- 47.....G2. مراقبت های مورد نیاز فوری
- 48.....G3. دریافت خدمات مراقبتی طی یک بحران
- 48.....H. اگر به طور مستقیم برای خدماتی که طرح ما آن را پوشش می دهد، صورتحساب دریافت می کنید، چه باید کرد
- 48.....H1. چنانچه طرح ما خدماتی را پوشش نمی دهد، چه کاری باید انجام دهیم
- 49.....I. خدمات پوششی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی
- 49.....I1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی
- 50.....I2. پرداخت برای خدمات، وقتی که شما جزو یک پروژه مطالعه تحقیقاتی بالینی باشید
- 50.....I3. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات تحقیقاتی بالینی
- 50.....J. چگونه خدمات مراقبت های بهداشتی شما در یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی تحت پوشش قرار می گیرد
- 50.....J1. تعریف یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی
- 50.....J2. مراقبت ها از یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی
- 51.....K. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)
- 51.....K1. دریافت DME به عنوان یکی از اعضای طرح ما
- 52.....K2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare
- 52.....K3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای طرح ما
- 52.....K4. مالکیت تجهیزات اکسیژن زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare تغییر می دهید

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه دهندگان

خدمات شامل خدمات مراقبت سلامتی (مانند ویزیت پزشک و درمان پزشکی)، خدمات و پشتیبانی های بلند مدت (LTSS)، تجهیزات، خدمات بهداشت رفتاری (شامل سلامت روان و تندرستی)، 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 **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضاء شما** فهرست شده اند. داروهای تحت پوشش با نسخه و بدون نسخه در **فصل 5 کتابچه راهنمای اعضاء شما** آمده است.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



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 دهندگان 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 بیمه ما کار می کنند. این ارائه دهندگان موافقت می کنند که پرداخت ما را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند. ارائه دهندگان شبکه برای مراقبتی که به شما ارائه می دهند، مستقیماً صورتحساب را برای ما می فرستند. وقتی از یکی از ارائه کنندگان خدمات شبکه استفاده می کنید، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی کنید.

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می دهد

طرح ما خدمات Medicare را پوشش می دهد و همه خدمات Medi-Cal را پوشش داده یا هماهنگ می کند. این خدمات شامل بهداشت رفتاری و خدمات و پشتیبانی های درازمدت (LTSS) می شود.

طرح ما خدمات مراقبت های بهداشتی، خدمات سلامت رفتاری، و LTSS را که با پیروی از قوانین ما دریافت می کنید، هماهنگ می کند. برای تحت پوشش قرار گرفتن توسط طرح:

- خدماتی که از آن استفاده می کنید باید جزو **مزایای طرح** باشند. این بدان معناست که ما آن را در جدول مزایای خود در **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضاء** شما قرار می دهیم.

- مراقبت باید از **نقطه نظر پزشکی ضروری** باشد. منظور ما از نقطه نظر پزشکی ضروری، خدمات مهمی می باشد که معقول بوده و از زندگی محافظت می کند. مراقبت های از نقطه نظر پزشکی ضروری برای جلوگیری از بیماری جدی یا معلولیت افراد و کاهش درد شدید از طریق درمان بیماری، بیماری یا آسیب لازم است.

- برای خدمات پزشکی، لازم است یک **ارائه دهنده مراقبت های اولیه (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 ارائه دهنده مراقبت های اولیه عضو شبکه را انتخاب کنید.

- در اکثر مواقع، طرح ما باید پیش از اینکه بتوانید از ارائه دهنده ای که PCP شما نیست یا از سایر ارائه دهندگان در شبکه طرح ما استفاده کنید موافقت خود را اعلام کرده باشد. به چنین موافقتی یک **ارجاع** گفته می شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از متخصصان خاصی مانند متخصص زنان نیازی به معرفی ندارید.

- 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 معناست که PCP شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع می دهد 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 ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود ندارید. از خدمات دیگری نیز می توانید بدون نیاز به ارجاع توسط PCP خود استفاده کنید (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش D1 در این فصل 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، ما مراقبت‌های ارائه‌دهنده‌ای را که با طرح بیمه سلامت ما و گروه پزشکی PCP شما کار نمی‌کند، پوشش نمی‌دهیم. این بدان معناست که شما باید برای خدمات ارائه شده از ارائه دهندگان خارج از شبکه به طور کامل به ارائه دهنده پرداخت کنید. این امر شامل موارد زیر نمی‌شود:

- ما مراقبت های اضطراری یا مورد نیاز فوری را از یک ارائه دهنده خارج از شبکه پوشش می دهیم (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش H در فصل 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 مراقبت را مانند زمانی که به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه می کنید پوشش می دهیم.
- زمانی که شما برای مدت کوتاهی در خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه دهنده شما به طور موقت در دسترس نیست یا قابل دستیابی نیست، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می دهیم. شما می توانید این خدمات را از یک مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت کنید.
- در بدو پیوستن به طرح بیمه ما، می توانید تقاضا کنید که همچنان از ارائه کنندگان خدمات فعلی خود استفاده کنید. به استثنای برخی موارد، اگر بتوانیم ثابت کنیم که شما با ارائه دهندگان مرتبط بوده اید، باید این درخواست را تأیید کنیم. به فصل 1 از کتابچه راهنمای اعضاء خود 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، هماهنگ کننده مراقبت 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 نمی دهیم.

اعضای جدید Blue Shield TotalDual Plan: شما در نخستین روز ماه پس از درخواستتان برای ثبت نام در Blue Shield TotalDual Plan در Blue Shield TotalDual Plan برای مزایای Medicare خود ثبت نام می شوید. شما همچنان می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، شما خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield Promise Health Plan دریافت می کنید. در پوشش Medi-Cal شما هیچ فاصله ای وجود نخواهد داشت. لطفاً اگر سؤالی دارید با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.

C. هماهنگ کننده مراقبت شما

C1. هماهنگ کننده مراقبتی کیست

هماهنگ کننده مراقبت شخصی است که برای کمک به شما در هماهنگی فرآیند خدمات درمانی تان آموزش خاصی دیده است. هماهنگ کننده مراقبت شما عضوی از تیم مراقبتی شما است، و او به عنوان تماس اصلی و منبع اطلاعات برای شما عمل می کند. پس از ثبت نام، یک هماهنگ کننده مراقبت با شما تماس می گیرد تا خود را معرفی کرده و به شما کمک کند تا ارزیابی ریسک سلامتی خود را تکمیل کنید تا بدین ترتیب نیازهای مراقبت های بهداشتی خود را شناسایی کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.

C2. چگونه می‌توان با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس گرفت

می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر با هماهنگ کننده مراقبت خود با شماره 1-888-548-5765 تماس حاصل کنید. زمانی که با هماهنگ کننده مراقبت شروع به کار کردید، می‌توانید با تماس مستقیم با خط تلفن مستقیم با او تماس بگیرید.

C3. چگونه می‌توان با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس گرفت

جهت درخواست تغییر هماهنگ کننده مراقبت خود می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر با شماره 1-888-548-5765 تماس حاصل کنید.

D. مراقبت از طرف ارائه دهندگان

D1. دریافت خدمات مراقبتی از یک پزشک مراقبت‌های اولیه

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

تعریف یک PCP، و آنچه که یک PCP برای شما انجام می‌دهد

PCP شما درمانگری است که از معیارهای دولتی برخوردار است و برای ارائه خدمات درمانی اولیه به شما آموزش دیده است. PCP می‌تواند یک پزشک خانواده، پزشک عمومی، ارائه‌کننده خدمات پزشکی داخلی، و در صورت درخواست، یک متخصص باشد. شما می‌توانید یک متخصص را به عنوان PCP خود انتخاب کنید، مشروط بر آن که بپذیرد همه خدماتی که PCPها معمولاً ارائه می‌دهند را تأمین کند. برای درخواست این که یک متخصص PCP شما باشد، با مراقبت مشتری طرح Blue Shield TotalDual Plan 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 می‌تواند PCP شما باشد. شما خدمات مراقبتی معمول یا پایه خود را از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود دریافت خواهید کرد. PCP شما همچنین می‌تواند سایر خدمات تحت پوشش مورد نیاز شما را هماهنگ کند. این خدمات تحت پوشش عبارت هستند از:

- عکس برداری با اشعه ایکس
- تست‌های آزمایشگاهی
- درمان
- خدمات مراقبتی توسط متخصصین
- پذیرش در بیمارستان، و
- خدمات پیگیری مراقبت سلامت

PCPهای برنامه ما به گروه‌های پزشکی خاصی وابسته هستند. یک گروه پزشکی یا انجمن پزشکی مستقل (IPA) سازمانی است تاسیس یافته طبق قانون کالیفرنیا که برای ارائه یا برنامه ریزی تأمین خدمات مراقبتی درمانی به اعضاء بیمه با بیمه‌های درمانی قرارداد دارد. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می‌کنید. 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 ارائه‌کنندگان خدمات دیگر نیاز به دریافت ارجاعیه از PCP خود دارید. می‌توانید 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 تایید ارجاع از جانب گروه پزشکی PCPتان، می‌توانید از متخصص یا دیگر ارائه‌کننده 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 تاییدیه دریافت کند، یا، در برخی موارد، از گروه پزشکی خود. این تاییدیه 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 ارائه‌کنندگان 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.bluehshieldca.com/medicare بازدید کرده و PCP مورد نظر خود را مورد جستجو قرار دهید؛ یا
 - جهت گرفتن کمک با مرکز مراقبت مشتری طرح Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات اداری در پایین این صفحه چاپ شده است).
- برای مطلع شدن از این که آیا ارائه‌کننده خدمات درمانی مورد نظرتان موجود است و بیماران جدید می‌پذیرد یا خیر، به فهرست راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات در وب سایت ما 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 طرح Blue Shield TotalDual 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 ارائه‌کنندگان خدمات در وب سایت ما به نشانی blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 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. چنانچه PCP شما شبکه ما را ترک می‌کند، می‌توانیم به شما کمک کنیم PCP جدیدی را در شبکه خود پیدا کنید.



شما می توانید 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 می کنید (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 تویض 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. 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. وقتی درخواست تغییر می کنید، اگر از یک متخصص استفاده می کنید یا خدمات تحت پوشش دیگری را دریافت می کنید که باید تأیید PCP را داشته باشند، به خدمات اعضا اطلاع دهید. خدمات اعضاء به شما کمک می کند که شما همچنان خدمات تخصصی و دیگر خدمات خود را پس از تغییر PCP خود دریافت کنید.

خدماتی که می توانید بدون نیاز به تأیید PCP خود دریافت کنید

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

- خدمات اضطراری از ارائه دهندگان خدمات داخل و خارج از شبکه.
- نیاز فوری به خدمات ارائه دهندگان عضو شبکه.
- وقتی نمی توانید به یک ارائه دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، مراقبت های فوری از سوی ارائه دهندگان خارج از شبکه مورد نیاز است (به عنوان مثال، اگر در خارج از منطقه خدماتی طرح ما بوده یا در طول تعطیلات آخر هفته هستید).
- توجه: مراقبت های ضروری باید فوراً مورد نیاز و از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد.
- خدمات دیالیز کلیه از یک مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از محدوده پوشش طرح بیمه ما هستید. 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 کووید-19 و همچنین واکسن های هیپاتیت 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 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، مانند:

- انکولوژیست ها از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می کنند.
- متخصص قلب درمان بیماران قلبی .
- ارتوپد درمان بیماران با مشکلات استخوان، مفصل، 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 تایید بگیرد. این تاییدیه قبلی "مجوز قبلی" نیز نامیده می شود. 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، لطفا به جدول مزایا در بخش D از فصل 4 مراجعه کنید..

D3. وقتی یک ارائه دهنده طرح ما را ترک می کند

ممکن است ارائه دهنده شبکه ای که استفاده می کنید طرح ما را ترک کند. چنانچه 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:

- حتی اگر تغییری 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 می دهیم 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 می کنیم.
- 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 می کنیم.
- چنانچه نتوانیم یک متخصص درون شبکه واجد شرایط در دسترس برای شما پیدا کنیم، باید یک متخصص خارج از شبکه را برای ارائه مراقبت از شما ترتیب دهیم.



- اگر بر این باور باشید که ارائه‌دهنده قبلی شما را با ارائه‌دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به خوبی مدیریت نمی‌کنیم، حق دارید شکایت کیفیت مراقبت را به QIO، دادخواهی کیفیت مراقبت یا هر دوی این‌ها را ارائه دهید. (جهت کسب اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه نمایید.)

اگر پی ببرید که ارائه‌کننده خدمات شما می‌خواهد بیمه ما را ترک کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در یافتن یک ارائه‌کننده خدمات جدید برای مدیریت امور درمانی تان کمک کنیم. لطفاً برای اطلاعات بیشتر با مراقبت مشتریان Blue Shield TotalDual Plan با شماره تلفن (TTY: 711) 1-800-452-4413 از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. هنگامی که تماس می‌گیرید، اگر به متخصصینی مراجعه می‌کنید یا سایر خدمات تحت پوششی را دریافت می‌کنید که نیاز به تأییدیه PCP شما را دارند، حتماً به مراقبت مشتری اطلاع دهید (مانند خدمات بهداشتی خانگی و تجهیزات پزشکی با دوام). بخش خدمات مشتریان به شما کمک می‌کند تا اطمینان حاصل کنید که می‌توانید به مراقبت‌های تخصصی و سایر خدماتی که در هنگام تعویض PCP دریافت می‌کرده اید ادامه دهید. آنها همچنین بررسی خواهد کرد تا مطمئن شوند که آیا PCP که قصد دارید به وی مراجعه کنید مریض‌های جدید را پذیرش می‌کند. مراقبت مشتریان سوابق عضویت شما را تغییر داده تا نام PCP جدید شما مشخص شود. این بخش همچنین اجرایی شدن تغییر و انتصاب PCP جدیدتان را به شما اطلاع خواهد داد.

D4. ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه

اگر به خدمات درمانی نیاز دارید که طبق Medicare و/یا Medi-Cal بیمه ما باید آنها را پوشش دهد و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما قادر به ارائه آنها نیستند، می‌توانید آن خدمات را از یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه دریافت کنید. پزشک مراقبت اولیه شما مسئول درخواست برای تأییدیه اولیه دریافت خدمات خارج از شبکه است. باید از بیمه یا گروه پزشکی وابسته به PCP خود پیش از دریافت خدمات از ارائه‌کننده خدمات خارج از شبکه تأییدیه اولیه دریافت کنید، مگر اینکه خدمات اورژانسی یا خدمات موردنیاز فوری دریافت کنید. در چنین شرایطی، مبلغی که پرداخت می‌کنید مشابه همان مبلغی است که برای خدمات درمانی ارائه‌کنندگان عضو شبکه پرداخت می‌شود.

اگر از یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه استفاده می‌کنید، وی باید واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

- ما نمی‌توانیم به ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه‌ای که واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیستند مبلغی پرداخت نماییم.
- اگر از ارائه‌کننده خدماتی استفاده کنید که واجد شرایط شرکت در بیمه Medicare نباشد، باید هزینه کامل خدمات دریافتی را خودتان پرداخت کنید.
- ارائه‌دهندگان خدمات در صورتی که واجد شرایط همکاری با Medicare نباشند باید به شما اطلاع دهند.

E. خدمات سلامت و بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوء مصرف مواد)

F. شما به خدمات بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته باشند و تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal باشند دسترسی خواهید داشت. ما دسترسی به خدمات بهداشت روانی که تحت پوشش Medicare باشند را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات



از طریق اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (LACDPH) و خدمات بهداشت رفتاری کانتی سن دیگو در دسترس شما قرار می گیرد.

G. E1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح بیمه ما ارائه می شود

H. در صورتی که معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، سلامت روانی تخصصی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان کانتی (MHP) در دسترس شما قرار می گیرد. خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal که توسط اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (LACDPH) و خدمات بهداشت رفتاری کانتی سن دیگو ارائه می شوند عبارتند از:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در مواقع بحرانی
- تثبیت بحران
- خدمات آسایشگاه بزرگسالان
- خدمات درمان موارد بحرانی در منزل
- امکانات سلامت روان پزشکی
- خدمات روانشناسی برای بیماران بستری
- مدیریت موردی هدفمند

خدمات سیستم تحویل سازمان یافته Medi-Cal یا Drug Medi-Cal از طریق اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (LACDPH) و خدمات بهداشت رفتاری کانتی سن دیگو در صورتی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، در دسترس شما قرار می گیرد. خدمات Drug Medi-Cal که توسط اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (LACDPH) و خدمات بهداشت رفتاری کانتی سن دیگو ارائه می شوند عبارتند از:

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



خدمات سیستم تحویل سازماندهی شده Drug Medi-Cal شامل موارد زیر است:

- خدمات سرپایی و متمرکز سرپایی
- داروهایی برای درمان اعتیاد (که به آن درمان با کمک دارو نیز گفته می شود)
- اقامتی/بستری
- مدیریت ترک
- خدمات ترک مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت

علاوه بر خدمات فهرست شده در بالا، ممکن است در صورت داشتن معیارهای لازمه شما به خدمات سم زدایی با 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 کانتی لس آنجلس (لطفاً 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته با شماره 888-742-7900 (TTY: 711) تماس بگیرید.)
- خدمات بهداشتی رفتاری کانتی San Diego – خدمات اختلال در استفاده از مواد (لطفاً 24 ساعت شبانه روز هفت روز هفته با تلفن (TTY: 711) 888-724-7240 ، تماس بگیرید.)
- خط مشاوره بهداشت رفتاری Blue Shield TotalDual Plan (لطفاً به فصل 2، بخش D این کتابچه برای شماره تلفن و ساعات اداری مراجعه کنید)
- مراقبت مشتری طرح Blue Shield TotalDual Plan (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 طرح Blue Shield TotalDual Plan و هم توسط شهر استفاده شده و توسط متخصصین سلامت رفتاری و سایر طرفین ذینفع و مطابق با نیازمندی های نظارتی تنظیم شده است.



فرآیند ارجاع بین طرح Blue Shield TotalDual Plan و کانتی

اگر از طرح Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی خدماتی دریافت می کنید، ممکن است با توجه به نیازهای خود از این دو طرف به یکدیگر ارجاع شوید. طرح Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی 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 کانتی یا Blue Shield TotalDual Plan، شما 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 TotalDual Plan بواسطه همکاری با کانتی 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 طرح Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی استفاده کنید.

F. خدمات ایاب و ذهاب

F1. ایاب و ذهاب پزشکی در شرایط غیر اضطراری

اگر نیازهای پزشکی غیر اورژانسی دارید که به شما اجازه نمی دهد از ماشین، اتوبوس یا تاکسی برای قرار ملاقات خود استفاده کنید، حق ایاب و ذهاب پزشکی را دارید. ایاب و ذهاب نیازهای پزشکی غیر اورژانسی می تواند برای خدمات تحت پوشش مانند قرار ملاقات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، مصرف مواد و داروخانه ارائه شود. چنانچه به ایاب و ذهاب پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، می توانید مستقیماً با شماره تلفن (TTY: 711) 1-877-433-2178 تماس بگیرید، یا 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از برنامه تلفن همراه CTC Go برای برنامه ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزرو استفاده کنید. برای قرارهای غیر فوری، رزرو باید 24 ساعت قبل از قرار شما انجام شود. ارائه دهنده شما یا تامین کننده ایاب و ذهاب ما، Call The Car، می تواند به شما کمک کند بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهایتان انتخاب کنید.

ایاب و ذهاب پزشکی غیر اورژانسی شامل آمبولانس، ون مجهز، ون با قابلیت ورود صندلی چرخدار یا حمل هوایی است. Blue Shield TotalDual Plan کم هزینه ترین حالت ایاب و ذهاب و مناسب ترین حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما در زمانی که نیاز دارید تا به قرار ملاقات خود برسید، امکان پذیر می کند. به عنوان مثال اگر از لحاظ جسمانی یا پزشکی قادر به تردد با ون صندلی چرخدار باشید، Blue Shield TotalDual Plan هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. فقط زمانی می توانید از حمل هوایی استفاده کنید که عارضه پزشکی شما، استفاده از هر گونه وسیله نقلیه زمینی را ناممکن ساخته باشد.

ایاب و ذهاب پزشکی غیر اورژانسی باید در موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد:

- شما از نظر فیزیکی یا پزشکی به آن نیاز دارید که این مساله با مجوز کتبی ارائه دهنده دیگران مشخص شده است، زیرا نمی توانید از اتوبوس، تاکسی، ماشین یا ون برای رسیدن به قرار ملاقات خود استفاده کنید.
- به دلیل ناتوانی جسمانی یا روانی برای رفت و آمد از محل سکونت، سوار شدن به خودرو یا رفتن به محل درمان نیاز به کمک راننده دارید.



برای قرار ملاقات های فوری، هرچه سریعتر تماس بگیرید. قرار های فوری نیازی به اطلاع 24 ساعت قبل ندارد. قرار های فوری شامل موارد زیر است:

- دیالیز
- ترخیص
- پیگیری بعد از عمل جراحی
- شیمی درمانی
- پرتو درمانی
- انتقال بیمارستان به بیمارستان/SNF
- مراقبت از زخم
- مراکز مراقبت فوری

هنگام تماس، کارت شناسایی عضویت خود را آماده کنید. همچنین می توانید در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

محدودیت های ایاب و ذهاب پزشکی

Blue Shield TotalDual Plan کم هزینه ترین ایاب و ذهاب پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را برآورده کرده، به نزدیکترین ارائه دهنده از خانه شما که در آن قرار ملاقات در دسترس است، ارائه می کند. در صورت عدم پوشش خدمات توسط Medicare یا Medi-Cal، ایاب و ذهاب پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات توسط Medi-Cal تحت پوشش باشد ولی برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی آنرا پوشش ندهد، Blue Shield TotalDual Plan در ترتیب دادن امکانات ایاب و ذهاب به شما کمک می نماید. فهرستی از خدمات تحت پوشش در فصل 4 این کتابچه راهنمای ذکر شده است. ایاب و ذهاب خارج از شبکه یا منطقه خدمات Blue Shield TotalDual Plan تحت پوشش قرار نمی گیرد مگر اینکه از قبل مجوز داده شده باشد.

G2. ایاب و ذهاب برای موارد غیر پزشکی

مزایای ایاب و ذهاب غیرپزشکی شامل ایاب و ذهاب به محل قرار ملاقات شما برای خدمات مجاز توسط ارائه دهنده شما می شود. شما می توانید بدون هیچ هزینه ای سوار شوید، زمانی که:

- رفت و آمد به قرار ملاقات برای خدمات مورد تأیید ارائه کننده شما؛ یا
- جمع آوری نسخه ها و لوازم پزشکی.

Blue Shield TotalDual Plan به شما این امکان را می دهد که از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر راه های عمومی/خصوصی برای رسیدن به قرار ملاقات غیرپزشکی تان برای خدماتی که توسط ارائه دهنده شما مجاز است استفاده کنید. Blue Shield TotalDual Plan از Call the Car برای ترتیب ایاب و ذهاب غیرپزشکی استفاده می کند. ما کمترین هزینه ایاب و ذهاب غیرپزشکی را که نیازهای شما را برآورده می کند پوشش می دهیم.

گاهی اوقات، شما می توانید برای سواری با وسیله نقلیه شخصی که شما ترتیب می دهید، هزینه را بگیرید. Blue Shield TotalDual Plan قبل از سوار شدن باید این کار را تأیید کند، و باید به ما بگویید که چرا نمی توانید از راه های



دیگر مانند اتوبوس بیاپید. می توانید از طریق تماس یا ایمیل یا به شکل حضوری به ما بگویید. شما نمی توانید برای رانندگی برای خودتان بازپرداخت هزینه شوید.

بازپرداخت مسافت پیموده شده به تمام موارد زیر نیاز دارد:

- گواهینامه رانندگی راننده
- شماره پلاک وسیله نقلیه راننده
- گواهی بیمه ماشین برای راننده

برای درخواست سواری، حداقل بیست و چهار (24) ساعت قبل از قرار خود (دوشنبه تا جمعه) با شماره 1-877-433-2178 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. برای قرار ملاقات های فوری، هرچه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس، کارت شناسایی عضویت خود را آماده کنید. همچنین می توانید در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

توجه: سرخپوستان آمریکا ممکن است برای درخواست ایاب و ذهاب غیر پزشکی با کلینیک بهداشت سرخپوستی محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت های ایاب و ذهاب غیر پزشکی

Blue Shield TotalDual Plan کمترین هزینه ایاب و ذهاب غیر پزشکی را فراهم می کند که نیازهای شما را از خانه تا نزدیکترین ارائه دهنده که در آنجا قرار ملاقات می باشد برآورده می کند. شما نمی توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه دریافت کنید.

ایاب و ذهاب غیر پزشکی در موارد زیر اعمال نمی شود:

- هنگامی که برای رسیدن به یک سرویس برای یک سرویس تحت پوشش یک آمبولانس، وانت ویژه، وانت دارای بالابر ویلچر و یا سایر اشکال ایاب و ذهاب پزشکی غیراورژانسی مورد نیاز باشد.
- به دلیل عارضه های جسمانی یا پزشکی برای رفت و آمد از محل سکونت، سوار شدن به خودرو یا رفتن به محل درمان نیاز به کمک راننده دارید.
- شما روی ویلچر هستید و بدون کمک راننده قادر به حرکت و خروج از وسیله نقلیه نیستید.
- این سرویس تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست.

G. خدمات تحت پوشش در مواقع اورژانسی پزشکی، در مواقع ضروری یا در هنگام فاجعه

G1. مراقبت در اورژانس پزشکی

یک وضعیت اورژانسی پزشکی یک وضعیت پزشکی با علائمی مانند درد شدید یا صدمه شدید می باشد. موقعیت به قدری بحرانی است که اگر فوراً مراقبت های پزشکی به عمل نیاید، شما یا هر فردی با آگاهی متوسط در زمینه سلامتی و پزشکی بدانند که:

- سلامت بیمار در معرض خطر جدی قرار گیرد؛ یا

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- 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 یک بیمارستان دیگر وجود ندارد.
 - انتقال به یک بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و ایمنی شما یا نوزاد به دنیا نیامده شما را به خطر بیندازد.

در صورت بروز مورد اضطراری:

- **هر چه سریع تر کمک بخواهید.** به شمار 911 زنگ بزنید یا از نزدیک ترین بخش اورژانس یا بیمارستان استفاده کنید. در صورت نیاز به آمبولانس زنگ بزنید. شما نیازی به تایید یا ارجاع از PCP خود ندارید. شما نیازی به استفاده از ارائه دهنده شبکه ندارید. می‌توانید هر زمان که به آن نیاز داشته باشید، در هر نقطه از ایالات متحده یا قلمروهای آن یا در سراسر جهان، از هر ارائه‌دهنده‌ای با مجوز ایالتی مناسب، مراقبت‌های پزشکی اورژانسی دریافت کنید.
- **در اسرع وقت، طرح ما را در مورد وضعیت اضطراری خود مطلع کنید.** ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری خواهیم کرد. معمولاً شما یا شخص دیگری باید در عرض 48 ساعت در مورد مراقبت اضطراری خود، از طریق تلفن به ما اطلاع دهد. با این حال، اگر در اطلاع‌رسانی به ما تأخیر کنید، هزینه خدمات اضطراری را دریافت نخواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر با مراقبت مشتریان Blue Shield TotalDual Plan با شماره تلفن 1-800-452-4413 از 8:00 صبح الی 8:00 شب، هفت روز هفته 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

در سال 2023، طرح Blue Shield TotalDual Plan به اعضای خود در هر زمان مورد نیاز بودن و در هر کجای جهان پوشش پزشکی اورژانسی ارائه می‌کند. 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.

در صورت نیاز به آمبولانس برای مراجعه به بخش اورژانس، بیمه ما آن را پوشش می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به جدول مزایا در فصل 4 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

طرح ما خدمات مراقبت اضطراری و فوری در سراسر جهان را در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن، بدون محدودیت سالانه تحت شرایط زیر پوشش می‌دهد. جهت اطلاعات بیشتر در خصوص میزان مبلغ پرداختی خود، به "مراقبت‌های اضطراری" و "خدمات فوری مورد نیاز" در جدول مزایای پزشکی در فصل 4 این سند مراجعه کنید.

ارائه دهنده‌گانی که به شما مراقبت‌های اورژانسی می‌دهند، تصمیم می‌گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار شده و شرایط اورژانس پزشکی تمام شده است. آنها به درمان شما ادامه می‌دهند و در صورت نیاز به مراقبت‌های بعدی برای بهتر شدن، با ما تماس خواهند گرفت تا برنامه ریزی کنیم.



طرح ما مراقبت های بعدی شما را پوشش می دهد. 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 می گوید 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 می دهیم.

پس از اینکه پزشک گفت اورژانسی نبوده است، مراقبت های اضافی شما را تنها در موارد زیر پوشش می دهیم:

- شما از ارائه دهنده شبکه استفاده کنید یا
- مراقبت های اضافی که دریافت می کنید "مراقبت های ضروری فوری" در نظر گرفته می شود و شما از قوانین دریافت آن (به بخش H2 مراجعه کنید) پیروی می کنید.

G2. مراقبت های مورد نیاز فوری

مراقبت های مورد نیاز فوری عبارت از مراقبت هایی که برای موقعیتی که اورژانسی نیست، اما نیاز فوری به مراقبت دارد، دریافت می کنید. به عنوان مثال، ممکن است شعله ور شدن یک بیماری موجود یا گلودرد شدیدی باشد که در آخر هفته اتفاق می افتد و نیاز به درمان دارید.

مراقبت های فوری مورد نیاز در منطقه خدمات طرح ما

در بیشتر موارد، مراقبت های فوری مورد نیاز را فقط در صورتی پوشش می دهیم که:

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

چنانچه دسترسی به یک ارائه دهنده شبکه امکان پذیر یا معقول نباشد، مراقبت های فوری مورد نیاز شما را از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت می کنیم.

مراقبت فوری در خارج از محدوده خدمات طرح ما

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

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

چنانچه در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن به مراقبت فوری نیاز دارید، با مرکز خدمات اصلی جهانی Blue Shield به صورت رایگان به شماره **810-2583 (800)** تماس بگیرید، یا با شماره تلفن **673-1177 (804)**، در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته در تماس باشید. در مواقع اضطراری مستقیماً به نزدیکترین بیمارستان بروید.



شما همچنین باید با شماره مراقبت از مشتری در پشت کارت شناسایی عضویت تماس بگیرید. به عنوان بخشی از این خدمات، برای مراقبت های بستری در بیمارستان، می توانید با مرکز خدمات اصلی جهانی Blue Shield تماس بگیرید تا دسترسی بدون پول نقد را هماهنگ کنید. چنانچه ترتیب دسترسی بدون پول نقد را بدهید، مسئولیت هزینه های معمولی از جیب خود مانند هزینه های غیر تحت پوشش و تعرفه سهم بیمار بر عهده شماست. چنانچه ترتیب دسترسی بدون پول نقد را ندهید، باید کل صورتحساب مراقبت های پزشکی خود را بپردازید و درخواست بازپرداخت را ارسال کنید (به فصل 2 مراجعه کنید، کجا باید درخواستی را ارسال کنیم که از ما بخواهد سهم خودمان را از هزینه مراقبت های پزشکی یا دارویی که دریافت کرده اید پرداخت کنیم).

G3. 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 بیمه ما بهره مند شوید.

برای اطلاعات درباره چگونگی دریافت مراقبت های مورد نیاز طی فاجعه اعلام شده به این وبسایت مراجعه کنید:

www.blueshieldca.com/medicare

در خلال یک فاجعه اعلام شده، اگر نتوانید از خدمات یک ارائه کننده خدمات عضو شبکه استفاده کنید، شما می توانید 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 تجویزی خود را در داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

H. اگر به طور مستقیم برای خدماتی که طرح ما آن را پوشش می دهد، صورتحساب دریافت می کنید، چه باید کرد

اگر یک ارائه کننده خدمات به جای طرح ما 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، ما آن را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده اید یا اگر برای خدمات تحت پوشش بیش از طرح تقسیم هزینه 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 فصل 7 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

H1. چنانچه طرح ما خدماتی را پوشش نمی دهد، چه کاری باید انجام دهیم

طرح بیمه ما همه خدمات زیر را پوشش می دهد:

- خدماتی که از لحاظ پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد، و
- که در جدول مزایای طرح ما فهرست شده اند (به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید) و
- خدماتی که شما آنها را بر اساس پیروی از قوانین طرح دریافت کنید.

اگر خدماتی دریافت می کنید که طرح ما آن را پوشش نمی دهد، هزینه کامل را خودتان پرداخت می کنید.



شما از این حق برخوردار هستید که از ما درباره اینکه چه خدمات و درمان هایی تحت پوشش می باشند 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.

فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء شما 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 کسب اطلاعات بیشتر در خصوص حقوق تجدیدنظر خود با بخش مراقبت مشتری تماس بگیرید.

ما برای برخی از خدمات تا سقف مشخصی پرداخت می کنیم. اگر شما از این حد مجاز استفاده می کنید، هزینه کامل را برای دریافت بیشتر آن نوع از خدمات پرداخت می کنید. برای اطلاع از محدودیت های مزایا و میزان استفاده از مزایای خود، با بخش مراقبت مشتری تماس بگیرید.

1. خدمات پوششی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

1.1. 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. یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که توسط Medicare تأیید شده است، معمولاً از داوطلبان می خواهد که در این مطالعه حضور داشته باشند.

وقتی Medicare مطالعه ای که شما می خواهید در آن شرکت کنید را تأیید کند، یکی از افرادی که روی آن مطالعه کار می کند با شما تماس می گیرد. آن شخص در خصوص مطالعه به شما می گوید و متوجه می شود که آیا شما واجد شرایط بودن در آن هستید یا خیر. در صورت واجد شرایط بودن طبق معیارهای لازم شما می توانید در آن مطالعه شرکت کنید. شما باید کارهایی را که باید در مطالعه انجام دهید را درک کرده و بپذیرید.

در حین شرکت در مطالعه می توانید عضو طرح بیمه ما باقی بمانید. به این ترتیب، طرح ما همچنان به شما برای خدمات و مراقبت هایی که مرتبط با مطالعه نیستند، پوشش می دهد.

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

Blue Shield Promise Medi-Cal Plan هزینه های معمول مراقبت از بیمار را برای بیماران پذیرفته شده در آزمایشات بالینی فاز I، فاز II، فاز III یا فاز IV در صورتی که مربوط به پیشگیری، تشخیص یا درمان سرطان یا سایر شرایط تهدید کننده زندگی باشد و در صورت مطالعه توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA)، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریها (CDC) یا مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) انجام می شود. مطالعات باید توسط مؤسسات ملی بهداشتی و درمانی، FDA، وزارت دفاع یا اداره جاناتازان تأیید شود.

توصیه می کنیم قبل از شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی به ما بگویید.

اگر برنامه دارید که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کنید، شما یا هماهنگ کننده مراقبتی شما باید با مراقبت مشتری تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت خواهید کرد.



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

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تایید Medicare داوطلب شوید، نباید هزینه ای برای خدمات تحت پوشش مطالعه پرداخت کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش تحقیقات و هزینه های معمول مربوط به مراقبت های درمانی شما را پرداخت می کند. هنگامی که به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی می پیوندید، برای اکثر خدمات و مواردی 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 بخشی از مطالعه ای هستید که Medicare آن را تأیید نکرده است، هر هزینه ای را برای حضور در آن مطالعه می پردازید.

13. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات تحقیقاتی بالینی

شما با مطالعه بخش "Medicare و مطالعات تحقیقات بالینی" 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) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

J. چگونه خدمات مراقبت های بهداشتی شما در یک موسسه مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی تحت پوشش قرار می گیرد

J1. تعریف یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی

یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی مکانی است که خدماتی را ارائه می دهد که معمولاً آن را در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه ای دریافت می کنید. اگر دریافت خدمات از یک بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه ای خلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه دریافت خدمات در یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی را پرداخت می کنیم. این مزیت فقط برای خدمات بستری در بیمارستان بخش الف Medicare (خدمات غیرپزشکی مراقبت سلامتی) است.

J2. مراقبت ها از یک موسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی

برای دریافت خدمات از یک موسسه درمانی غیر پزشکی 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 غیر ضروری 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 غیر پزشکی 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 غیر مذهبی خدمات درمانی می شود.
 - اگر این خدمات را در تسهیلات این موسسه دریافت می کنید:
 - 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.

K. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

K1. دریافت DME به عنوان یکی از اعضای طرح ما

DME شامل برخی از اقلام ضروری پزشکی است که توسط یک ارائه دهنده سفارش داده شده است مانند 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. برخی اجناس، مانند پروتز، همیشه در تملک شما باقی می ماند.

در این بخش، به آندسته DME پرداخته می شود که شما اجازه می کنید. در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجازه می کنند، پس از پرداخت تعرفه سهم بیمار برای کالا به مدت 13 ماه، مالک این تجهیزات هستند. به عنوان یکی از اعضاء طرح بیمه ما، شما معمولاً صرف نظر از مدت زمانی که آن این لوازم را کرایه کرده اید، مالک آنها نخواهید شد.

در شرایط خاص، بسته به اینکه آیا شما واجد شرایط یک یا همه معیارهای زیر می باشید، طرح Blue Shield TotalDual 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.
- حتی اگر قبل از پیوستن به طرح ما تا 12 ماه متوالی تحت Medicare شما DME داشتید، مالک تجهیزات نخواهید بود.



K2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

چنانچه در مدتی که در طرح ما بودید مالکیت مورد DME را دریافت نکردید، باید 13 پرداخت متوالی جدید بعد از تغییر به Original Medicare برای مالکیت آن مورد انجام دهید. پرداخت‌هایی که در زمان حضور در طرح ما انجام داده‌اید، در این 13 پرداخت متوالی حساب نمی‌شوند.

اگر پیش از ملحق شدن به طرح بیمه ما کمتر از 13 پرداخت برای آن مورد DME تحت Original Medicare انجام داده‌اید، پرداخت‌های قبلی شما در 13 پرداخت متوالی محاسبه نمی‌شود. شما باید 13 پرداخت متوالی جدید بعد از بازگشت به Original Medicare برای مالکیت آن مورد انجام دهید. هیچ استثنائی در این مورد برای زمانی که به Original Medicare بر می‌گردید وجود ندارد.

K3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای طرح ما

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

- 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.

K4. مالکیت تجهیزات اکسیژن زمانی که شما بیمه خود را به Original Medicare تغییر می‌دهید

زمانی 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 می‌کنید. پرداخت ماهانه اجاره شما تجهیزات اکسیژن و لوازم و خدمات ذکر شده در بالا را پوشش می‌دهد.

اگر تجهیزات اکسیژن بعد از اجاره 36 ماهه از نظر پزشکی ضروری است، تامین کننده شما باید موارد زیر را ارائه دهد:

- تجهیزات، لوازم و خدمات اکسیژن برای 24 ماه دیگر.
- تجهیزات و لوازم اکسیژن تا 5 سال در صورت ضروری از نقطه نظر پزشکی.
- 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 می‌توانید تجهیزات جایگزین را از هر تامین کننده دیگری تهیه کنید.
- یک دوره 5-ساله جدید آغاز می‌شود.
- شما به مدت 36 ماه از یک تامین کننده اجاره می‌کنید.
- بعد تامین کننده شما تجهیزات، منابع، و خدمات اکسیژن را تا 24 ماه دیگر ارائه می‌دهد.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری است، هر 5 سال یک چرخه جدید آغاز می‌شود.



فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل در مورد خدماتی که طرح بیمه ما 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 شما آمده است.

اعضای جدید Blue Shield TotalDual Plan: در بیشتر موارد، شما در نخستین روز ماه پس از درخواستتان برای ثبت نام در Blue Shield TotalDual Plan در *Blue Shield TotalDual Plan* برای مزایای Medicare خود ثبت نام می شوید. شما همچنان می توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، شما خدمات Medi-Cal خود را از طریق *Blue Shield Promise Medi-Cal Plan* دریافت می کنید. در پوشش Medi-Cal شما هیچ فاصله ای وجود نخواهد داشت. لطفاً اگر سوالی دارید با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

فهرست مطالب

- A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه هایی که از جیب خود پرداخت می کنید 54
- B. قوانین بر ضد ارائه کنندگان خدماتی که شما را برای خدمات شارژ می کنند 54
- C. در خصوص جدول مزایای طرح ما 54
- D. جدول مزایای طرح ما 56
- E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح بیمه ما 103
- E1. برنامه (CCT) California Community Transitions 115
- E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal 115
- E3. مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج 116
- F. مزایایی که توسط طرح بیمه ما، یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند 117



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

این فصل به شما در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می دهد و مبلغی که برای هر سرویس پرداخت می کنید، می گوید. شما همچنین از خدماتی مطلع می شوید که تحت پوشش نیستند. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در فصل 5 می باشد. این فصل همچنین به توضیح محدودیت های موجود در برخی از خدمات می پردازد.

برای برخی از خدمات، هزینه ای از جیب شما دریافت می شود که تعرفه سهم بیمار 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 سهم بیمار را به هنگام دریافت خدمات پرداخت می کنید.

اگر برای درک خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با هماهنگ کننده مراقبتی و/یا خدمات مشتری خود با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711)، تماس بگیرید.

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

ما به ارائه دهندگان داخل شبکه خود اجازه نمی دهیم برای خدمات تحت پوشش به شما صورتحساب بدهند. 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 خلی 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 فصل 7 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کرده یا با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

C. در خصوص جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا خدماتی را اعلام می کند که هزینه آن ها توسط این طرح بیمه پرداخت می شود. خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست می کند و آنها را توضیح می دهد.

ما هزینه خدمات ذکر شده در نمودار مزایا را زمانی پرداخت می کنیم که قوانین زیر رعایت شود.

- ما باید خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما را بر اساس قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه دهیم.

- این خدمات (شامل خدمات مراقبت پزشکی، سلامت رفتاری و اعتیاد، خدمات و پشتیبانی دراز مدت، پشتیبانی، مواد مصرفی، تجهیزات، و داروها) باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. خدمات ضروری از نقطه نظر پزشکی اصطلاح توصیف کننده خدمات، وسایل، یا داروهایی 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. 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 اکثر موارد، در صورت استفاده شما از

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.

خدمات مراکز غیر شبکه، بازپرداخت هزینه های شما را تقبل نمی کنیم. **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضاء شما 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 ارائه کننده ای 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 **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضاء شما اطلاعات بیشتری درباره دریافت ارجاع ها و زمانی که نیاز به دریافت یک ارجاع نیست وجود دارد.
- باید از ارائه کنندگان خدمات که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند خدمات درمانی خود را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
- ما برخی از خدمات ذکر شده در جدول مزایا را فقط در صورتی پوشش می دهیم که پزشک یا ارائه دهنده شبکه دیگر ابتدا تأیید ما را دریافت کند. به این تأییدیه قبلی گفته می شود. ما خدمات تحت پوشش را در جدول مزایا که نیاز به مجوز قبلی دارند را با حروف ایتالیک علامت گذاری می کنیم.
- اگر شما در دوره شش ماهه طرح ما هستید که به عنوان تداوم صلاحیت تلقی می شود، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش طرح *Medicare Advantage* ادامه خواهیم داد. با این حال، در طول این دوره، طرح *Blue Shield TotalDual Plan* مزایای *Medi-Cal (Medicaid)* (که تحت *Medi-Cal*) مشمول شده است را پوشش نمی دهد، همچنین ما حق بیمه *Medicare* یا اشتراک هزینه ای را که ایالت در صورتی که شما واجد شرایط بودن *Medi-Cal (Medicaid)* خود را از دست نمی دادید، متعهد به پرداخت آن می شد را پرداخت نمی کنیم. مبلغی که برای خدمات تحت پوشش *Medicare* خود در این طرح می پردازید ممکن است در طول دوره پس از دست دادن واجد شرایط بودن *Medi-Cal (Medicaid)* افزایش یابد.
- همه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. شما این علامت سیب 🍏 را کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا پیدا می کنید.
- **حمایت های جامعه:** پشتیبانی های اجتماعی می تواند تحت برنامه مراقبت فردی شما در دسترس باشد. پشتیبانی های اجتماعی خدمات یا تنظیمات جایگزین از نظر پزشکی مناسب و مقرون به صرفه هستند. این خدمات برای اعضا اختیاری است. اگر واجد شرایط هستید، این خدمات ممکن است به شما کمک کند مستقل تر زندگی کنید. آنها جایگزین مزایایی نمی شوند که قبلاً تحت *Medi-Cal* دریافت می کنید. نمونه هایی از حمایت های اجتماعی که ارائه می کنیم عبارتند از غذاها و وعده های غذایی حمایت کننده از نظر پزشکی یا وعده های غذایی متناسب به لحاظ پزشکی، کمک برای شما یا مراقبتان، یا میله ها برای گرفتن و سطوح شیب دار برای دوش. نمونه هایی از خدمات حمایت های جامعه که طرح *Blue Shield TotalDual 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 به کمک نیاز دارید یا می خواهید بدانید کدام پشتیبانی های جامعه ممکن است برای شما در دسترس باشد، با هماهنگ کننده مراقبتان یا با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود تماس بگیرید.



D. جدول مزایای طرح ما

هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	غریبال گری آنورسم آنورت شکمی ما یکبار هزینه غریبالگری اولترا سوند را برای افراد در معرض خطر می پردازیم. طرح فقط در صورتی این غریبال گری را پوشش می دهد که عوامل خطرساز خاصی را داشته باشید و برای این غریبال گری توسط پزشک، پزشک یار، پرستار حرفه ای یا پرستار بالینی تخصصی ارجاع داده شده باشید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	طب سوزنی (تحت پوشش Medicare و Medi-Cal) ما هزینه تا دو بار 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، ما 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، ما 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. الزامات ارائه دهنده: پزشکان (همانطور که در 1861(r)(1) قانون تامین اجتماعی (قانون) تعریف شده است ممکن است طب سوزنی را مطابق با الزامات دولتی قابل اجرا ارائه دهند. دستیاران پزشک (PAS)، پزشکان پرستار (NPs)/متخصصان پرستار بالینی (CNS) (همانطور که در 1861(aa)(5) قانون مشخص شده است) و پرسنل کمکی ممکن است طب سوزنی را ارائه دهند در صورتی که همه الزامات دولتی قابل اجرا را برآورده کنند و دارای موارد زیر باشند: - مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا در طب شرقی از یک مدرسه معتبر توسط کمیسیون اعتباربخشی در مورد طب سوزنی و طب شرقی (ACAOM) تأیید شده است؛ و - مجوز فعلی، کامل، فعال و نامحدود برای انجام طب سوزنی در یک ایالت، قلمرو یا کشورهای مشترک المنافع (یعنی پورتوریکو) از ایالات متحده، یا ناحیه کلمبیا. <i>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</i>



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	طب سوزنی (ادامه) پرسنل کمکی که طب سوزنی را تجهیز می کنند باید تحت نظارت پزشک، PA یا NP/CNS که طبق مقررات ما در 42 CFR §§ 410.26 و 410.27 لازم است، تحت نظارت باشد. مزایا از طریق قرارداد با American Specialty Health Plans of Inc،California (ASH Plans) ارائه می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، یا یافتن ارائه دهنده مشارکت کننده برنامه های ASH، می توانید با طرح های ASH با این شماره تماس بگیرید (800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746] از 5 صبح الی 6 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه. همچنین می توانید با مراقبت مشتری Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید یا در blueshieldca.com/find-a-doctor برای یافتن ارائه دهنده شرکت کننده طرح های ASH استفاده کنید.
شما \$0 می پردازید (در هر ویزیت برای حداکثر 12 ویزیت در سال)	خدمات طب سوزنی (غیر تحت پوشش Medicare) مزایا برای ارزیابی و درمان طب سوزنی توسط یک دکتر پزشکی، متخصص طب سوزنی دارای مجوز، یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی دارای مجوز یا گواهی مناسب ارائه می شوند. • معاینات اولیه و متعاقب • ویزیت در مطب و اصلاحات • درمان های کمکی مزایا از طریق قرارداد با American Specialty Health Plans of California، Inc (ASH Plans) ارائه می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، یا یافتن ارائه دهنده مشارکت کننده برنامه های ASH، 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 بعدازظهر، همچنین می توانید با مراقبت مشتری Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید یا در blueshieldca.com/find-a-doctor برای یافتن ارائه دهنده شرکت کننده طرح های ASH استفاده کنید. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	خدمات اضافی بهداشت از راه دور Teladoc مشاورات پزشکی را از طریق تلفن یا به صورت آنلاین 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 [TTY:711] (1-800-835-2362) 1-800-Teladoc، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.
0\$	 غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل ما هزینه یک بار غربالگری سوء مصرف مشروبات الکلی (SABIRT) 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.
0\$	خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت پوشش شامل خدمات آمبولانس زمینی، بال ثابت و بال گرد (هلیکوپتر) است. 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.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	معاینه جسمی سالانه علاوه بر معاینه 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.
0\$	ویزیت سالانه سلامت  شما باید یک بار در سال معاینه کامل (checkup) 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 یک بار هر 12 ماه می پردازیم. توجه: اولین ویزیت سالانه سلامتی شما نمی تواند در عرض 12 ماه از ویزیت پیشگیرانه "خوش آمدگویی به Medicare" شما انجام شود. با این حال، نیازی نیست که پس از 12 ماه انجام بخش B، یک ویزیت "خوش آمدگویی به Medicare" داشته باشید تا تحت پوشش ویزیت سالانه سلامتی قرار بگیرید.
0\$	خدمات پیشگیرانه از آسم شما آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه را برای محرک هایی که معمولاً در خانه برای افراد مبتلا به آسم ضعیف کنترل شده یافت می شود، می توانید دریافت کنید.
0\$	اندازه گیری تراکم استخوان  ما هزینه های مربوط به آزمون های تشخیصی 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 خدمات را هر 24 ماه یک بار، یا بیشتر در صورت لزوم از نقطه نظر پزشکی، پرداخت می کنیم. ما همچنین هزینه ای را برای پزشک پرداخت می کنیم تا نتایج را بررسی کند و نظر دهد.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	 غربالگری سرطان سینه (ماموگرام) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • 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
0\$	خدمات توانبخشی قلبی ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی، مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می کنیم. اعضاء باید واجد برخی شرایط/رجاع 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.
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 معاینه 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 زیر را پرداخت می کنیم: • 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 غیر عادی داشته اند، و در سن بچه دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یک بار • برای زنان 30-65 سال: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ به علاوه HPV هر 5 سال یکبار
0\$ 0\$ برای خدمات تحت پوشش غیر Medicare. (پوشش تا 12 بازدید در سال محدود است)	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • جابجایی ستون فقرات جهت اصلاح همخطی • معاینات اولیه و متعاقب • ویزیت در مطب و اصلاحات کایروپراکتیک • درمان های کمکی • اشعه ایکس و تست های آزمایشگاهی (فقط کایروپراکتیک) مزایا از طریق قراردادی با American Specialty Health Plans of California, Inc ارائه می شود. (ASH Plans) ارائه می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، یا یافتن ارائه دهنده مشارکت کننده برنامه های ASH، می توانید با طرح های ASH با این شماره تماس بگیرید (800) 678-9133، [TTY: (877) 710-2746] از 5 صبح الی 6 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه. همچنین می توانید با مراقبت مشتری Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید یا در blueshieldca.com/find-a-doctor برای یافتن ارائه دهنده شرکت کننده طرح های ASH استفاده کنید. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	غریبالگری سرطان های روده و راست روده برای افراد 50 سال و بالاتر ما هزینه خدمات ذیل را می پردازیم: • سیگمونیدوسکوپی انعطاف پذیر (یا غریبالگری تنقیه باریم) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی مدفوع، هر 12 ماه • آزمایش خون مخفی مدفوع یا آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع مبتنی بر گویاک، هر 12 ماه یکبار • غریبالگری روده و راست روده بر مبنای DNA، هر 3 سال • کولونوسکوپی هر ده سال (اما نه در 48 ماه بعد از سگمونیدوسکوپی غریبالگری) • کولونوسکوپی (یا غریبالگری تنقیه باریم) برای افراد در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ، هر 24 ماه یکبار.
0\$	خدمات جامعه محور بزرگسالان (CBAS) 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 تمام هزینه های آن را می پردازیم. توجه: اگر مراکز CBAS در دسترس نباشد، ما می توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه نماییم.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
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 جهت 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 جهت ترک 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.
جهت لیستی از خدمات دندانپزشکی تحت پوشش، و هزینه هایی که می پردازید، جدول انتهای جدول روندهای مزایای معمول دندانپزشکی را ببینید.	خدمات دندانپزشکی برخی از خدمات دندانپزشکی، از جمله، اما نه محدود به، جرم گیری، پرکردن، و دندان های مصنوعی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal یا FFS Medi-Cal در دسترس هستند. به طور کلی، خدمات پیشگیرانه دندانپزشکی (مانند جرم گیری، معاینات معمول دندانپزشکی، و عکسبرداری با اشعه ایکس دندان) تحت پوشش Original Medicare نمی باشد. ما برخی از خدمات معمول و جامع دندانپزشکی را تحت پوشش قرار می دهیم: جهت لیستی از خدمات دندانپزشکی تحت پوشش، و برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دسترسی به این خدمات، به نمودار در پایان جدول روندهای مزایای معمول دندانپزشکی تعرفه سهم بیمار فهرست شده در جدول خدمات معمول مزایای دندانپزشکی تنها زمانی برای خدمات اعمال می شود که توسط دندانپزشک شبکه به عنوان یک روش ضروری، کافی و مناسب برای وضعیت دندانی شما تجویز شده باشد. همه مزایا ممکن است برای همه مناسب نباشند. شما باید به دندانپزشک شبکه خود اعتماد کنید تا مراقبت مناسب را برای شما تعیین کند. شبکه ارائه دهندگان دندانپزشکی فقط یک شبکه دندانپزشکی عمومی است، و هیچ متخصصی در شبکه وجود ندارد. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	غربالگری افسردگی هر سال ما هزینه یک غربالگری افسردگی را می پردازیم. غربالگری باید در محیط مراقبت های اولیه صورت گیرد که می تواند درمان و ارجاع که بعدا نیاز می شود را پوشش دهد.
0\$	غربالگری افسردگی در صورت دارا بودن هر یک از موارد زیر ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایش قند خون ناشتا) را تحت پوشش قرار می دهیم: • فشار خون بالا (پرفشاری) • سابقه کلسترول و تری گلیسرید غیر عادی (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 غربالگری دیابت در هر 12 ماه برخوردار می شوید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
0\$ • برای مانیتورهای قند خون، لطفاً بخش تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مرتبط را در زیر ببینید.	 آموزش ، خدمات و تجهیزات مورد نیاز برای درمان خود محور دیابت (self-management) ما هزینه خدمات ذیل را برای همه بیماران دیابتی پرداخت می کنیم (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 ○ لانسست و سوزن های آن ○ محلول های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای آزمایش و دستگاه های اندازه گیری • برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، ما هزینه های زیر را پرداخت می کنیم: ○ 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، ما هزینه آموزش برای کمک به مدیریت دیابت خود را می پردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با بخش خدمات مشتری تماس بگیرید. برای نوارهای آزمایش و مانیتورهای قند خون، سازنده ترجیح داده شده Abbott است. نوارهای آزمایشی Abbott FreeStyle® (ساخته شده توسط Abbott) 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.	
0\$	خدمات قابله برای افراد باردار، ما هزینه نه ویزیت با قابله را در دوران بارداری و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زمان تولد کودک و زایمان می پردازیم.	



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
دستگاه های اندازه گیری قند خون: • شما \$0 دلار برای مانیتورهای قند خون FreeStyle® پرداخت می کنید. • برای به دست آوردن، مانیتورهای قند خون از سایر تولیدکنندگان با قیمت \$0 دلار، هر دو کارت شناسایی Blue Shield و TotalDual Plan Medi-Cal Beneficiary را به ارائه دهنده یا داروساز خود نشان دهید.	لوازم پزشکی با طول عمر بالا (DME) و وسایل مصرفی مربوطه برای تعریف "تجهیزات پزشکی بادوام (DME)" به آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید. موارد زیر را پوشش می دهیم: • ویلچر، از جمله ویلچرهای برقی • 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) • تحریک کننده استخوان • تجهیزات مراقبتی بیماران دیالیزی اقلام دیگری نیز ممکن است تحت پوشش باشد. بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	لوازم پزشکی با طول عمر بالا (DME) و وسایل مصرفی مربوطه (ادامه) ما تمام DME های ضروری پزشکی را تحت پوشش Original Medicare پوشش می دهیم. اگر تامین کننده ما در منطقه شما یک محصول دارای نام تجاری یا سازنده خاص را موجود نداشته باشد، می توانید بپرسید که آیا آنها می توانند آن را برای شما سفارش دهند. قوانین دریافت مجوز ممکن است اعمال شوند. اگر شما یا ارائه دهندهتان می خواهید تجهیزات پزشکی بادوام ارائه شده توسط یک برند غیر ترجیحی را درخواست کنید، تجهیزات پزشکی بادوام از قبل به تأیید ما نیاز دارد (گاهی اوقات به آن "مجوز قبلی" می گویند).



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$ اگر از یک بیمارستان خارج از شبکه خدمات اضطراری می گیرید 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 سهم بیمار 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. یک مورد اضطراری پزشکی موردی با درد شدید یا جراحت جدی است. در این حالت، وضعیت به قدری بحرانی است که اگر فوراً مراقبت های پزشکی به عمل نیاید، 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 یک بیمارستان دیگر وجود ندارد. ○ انتقال به یک بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و ایمنی شما یا نوزاد به دنیا نیامده شما را به خطر بیندازد. پوشش جهانی.* شما هیچ محدودیت سالیانه ای برای مراقبت های اورژانسی یا خدمات ضروری فوری در خارج از ایالات متحده در هر سال ندارید. *خدمات خارج از ایالات متحده و سرزمین های آن بر حداکثر محدودیت پرداخت از جیب طرح اعمال نمی شود.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$.	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 زیر را پرداخت می کنیم: • 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، پیچ 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 نازایی فدرال را حداقل 30 روز، اما نه بیش از 180 روز قبل از تاریخ جراحی، امضا کنید). • مشاوره ژنتیک ما همچنین هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را نیز می پردازیم. با این وجود شما باید جهت استفاده از خدمات ذیل از یکی از ارائه کنندگان عضو شبکه استفاده کنید: • 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\$ برای مطالب آموزشی کتبی بهداشتی، از جمله خبرنامه 0\$ برای برنامه‌های آموزشی ارائه‌شده توسط یک مکان تأیید شده توسط طرح. 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 برنامه هایی برای کمک به سلامتی شما. خدمات تحت پوشش عبارتند از: • مطالب آموزشی کتبی بهداشتی، از جمله خبرنامه • برنامه های آموزشی • برنامه های آموزشی که بر روی شرایط بهداشتی تمرکز دارند مانند: ○ فشار خون بالا ○ کلسترول ○ آسم ○ رژیم غذایی خاص • برنامه های آموزشی که برای تقویت سلامت و سبک زندگی شما طراحی شده اند، از جمله: ○ مدیریت وزن ○ تناسب اندام ○ مدیریت استرس ○ کمک پرستار 24/7 ساعت شبانه روز با یک پرستار ثبت شده، گفتگوی آنلاین محرمانه و انفرادی داشته باشید. در زمانی که شما یک نگرانی پزشکی دارید، با یک تماس با خط تلفن رایگان ما، شما با یک پرستار ثبت شده در تماس قرار داده می شوید که به نگرانی های شما گوش کرده و به شما در یافتن راه حل کمک می کند. با شماره 1-877-304-0504 (TTY: 711) تماس بگیرید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. <i>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</i>



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	 برنامه های آموزش سلامت و تندرستی (ادامه)* تناسب اندام SilverSneakers® SilverSneakers به شما می تواند کمک کند از طریق تناسب اندام و ارتباط اجتماعی، زندگی سالم تر و فعال تری داشته باشید. از طریق SilverSneakers در مکان های شرکت کننده، از مزایای تناسب اندام برخوردار شوید¹. شما به مربیانی دسترسی دارید که کلاس های تمرین گروهی ویژه طراحی شده را هدایت می کنند². می توانید در مکان های شرکت کننده در سراسر کشور¹، در کلاس ها² شرکت کرده و از تجهیزات ورزشی و امکانات دیگر استفاده کنید. علاوه بر این، SilverSneakers FLEX® گزینه هایی را در اختیار شما قرار می دهد تا در خارج از باشگاه های ورزشی سنتی فعال شوید (مثل مراکز تفریحی، مراکز خرید و پارکها). SilverSneakers همچنین شما را از طریق SilverSneakers LIVE™، ویدیوهای درخواستی SilverSneakers و برنامه تلفن همراه ما، SilverSneakers GO™، به یک شبکه پشتیبانی و کلاس های مجازی متصل می کند. همچنین به Stitch³، یک سایت اجتماعی آنلاین برای سالمندان، می توانید دسترسی پیدا کرده، جایی که می توانید به فعالیت ها و رویدادهای شخصی و آنلاین بپیوندید. تنها چیزی که برای شروع به کار نیاز دارید شماره شناسه SilverSneakers شخصی شما است. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای خود به SilverSneakers.com بروید یا با این شماره تماس بگیرید [TTY: 711] 1-888-423-4632 دوشنبه تا جمعه 8 صبح الی 8 بعد از ظهر ET. قبل از شروع یک برنامه ورزشی همیشه با پزشک خود صحبت کنید. ¹ مکان های شرکت کننده ("PL") متعلق به Tivity Health, Inc. یا شرکت های وابسته آن نیستند. استفاده از امکانات و تسهیلات PL به شرایط و ضوابط عضویت پایه PL محدود می شود. امکانات و تسهیلات بر اساس PL متفاوت است. ² عضویت شامل کلاس های تناسب اندام گروهی توسط مربی SilverSneakers است. برخی مکان ها کلاس های اضافی را برای اعضا ارائه می دهند. کلاس ها بسته به مکان متفاوت است. ³ Stitch یک ارائه دهنده شخص ثالث است و تحت مالکیت یا اداره Tivity Health یا شرکت های وابسته آن نیست. SilverSneakers



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	 برنامه های آموزش سلامت و تندرستی (ادامه)* اعضا جهت دسترسی به سرویس Stitch باید از سرویس اینترنت برخوردار باشند. هزینه خدمات اینترنت بر عهده اعضای SilverSneakers است. سیستم پاسخگویی اضطراری شخصی (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® ارائه می شود و شامل موارد زیر است: • 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 دریافت خدمات، 7/24 با تیم LifeStation به شماره 1-855-672-3269 (TTY: 711) تماس بگیرید یا از blueshieldca.com/PERS دیدن کنید. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.
• شما \$0 دلار برای تست های شنوایی تشخیصی تحت پوشش Medicare می پردازید. • شما \$0 دلار برای یک تست روتین شنوایی در سال پرداخت می کنید. • شما برای نصب/ارزیابی سمعک \$0 دلار می پردازید. • شما هر سال برای 2 سمعک (همه نوع، هر دو گوش با هم) \$0 دلاری پرداخت می کنید که تا \$2,000 دلار قیمت دارند. اگر سمعک هایی را با قیمت بالای \$2,000 دلار انتخاب می کنید، مسئولیت مابه التفاوت هزینه بر عهده شماست.	خدمات شنوایی ارزیابی های تشخیصی شنوایی و تعادلی که توسط PCP شما انجام می شود تا مشخص شود که آیا شما به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر، زمانی که توسط پزشک، متخصص شنوایی شناس یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط ارائه می شود، به عنوان درمان سرپایی تحت پوشش قرار می گیرد. • معاینات (غیر تحت پوشش Medicare) روتین شنوایی (به تاییدیه قبلی از PCP شما نیاز دارد).* • سمعک ها* • *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.



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 3 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 شود، پرداخت می کنیم.
0\$ دلار برای هر ویزیت سلامت در منزل تحت پوشش.	مراقبت های سلامتی در خانه توسط آژانس 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 را که در اینجا ذکر نشده اند 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



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$ برای هر جلسه ویزیت تحت پوشش، جهت تزریقات در منزل.	تزریقات در منزل طرح بیمه ما هزینه های مربوط به تزریقات در منزل را پرداخت می کند، 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 ویروس یا ایمونوگلوبولین؛ • تجهیزاتی مثل پمپ؛ و • مواد مصرفی مانند لوله یا سوند. طرح بیمه ما خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می دهد: • 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 واجد شرایط ارائه می شود.
0\$ دلار برای هر تحویل غذا در منزل تحت پوشش.	تحویل غذا درب منزل پس از ترخیص از بیمارستان بستری یا اقامت در مرکز پرستاری حرفه ای 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 TotalDual Plan (شماره تلفن ها در پشت جلد این سند چاپ شده است) تماس بگیرید. * خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$.	مراقبت در آسایشگاه بیماری های لاعلاج 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 بروید که بیش از شش ماه زنده نمانید. می توانید از خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare استفاده نمایید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه های آسایشگاه دارای گواهی Medicare را بیابید. پزشک آسایشگاه شما می تواند عضو شبکه و یا خارج از شبکه باشد. هنگام دریافت خدمات آسایشگاهی، طرح ما هزینه های زیر را می پردازد: • داروهای مورد نیاز جهت درمان درد و دیگر نشانه های بیماری • مراقبت های استراحتی کوتاه مدت • مراقبت خانگی هزینه های خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج و خدمات تحت پوشش بخش A یا B از Medicare مطالبه می شوند. • جهت اطلاعات بیشتر به بخش F این فصل مراجعه کنید. برای خدماتی که تحت پوشش طرح بیمه ما هستند اما تحت پوشش بخش A یا B از Medicare نیستند: • طرح ما خدماتی را پوشش می دهد که تحت پوشش Medicare بخش A یا B نیستند. ما خدمات را پوشش می دهیم، خواه به بیماری لاعلاج شما مرتبط باشند یا نباشند. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید. برای داروهایی که ممکن است تحت مزایای بخش D از Medicare مورد پوشش طرح بیمه ما قرار گیرند. • داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید. توجه: اگر به خدمات غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج نیاز داشته باشید، با هماهنگ کننده مراقبت 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. <i>بیمه ما هزینه مشاوره آسایشگاه (فقط یک بار) را برای یک عضو بیمار مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای مرکز درمانی را انتخاب نکرده است پوشش می دهد.</i>



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$ دلار برای واکسیناسیون تحت پوشش بخش B از Medicare.	 واکسیناسیون ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • 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 • واکسن های کووید-19 • 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 D از Medicare همخوانی دارند را می پردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر فصل 6 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه 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.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$ جهت دریافت خدمات بستری در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از اینکه حالت اضطراری شما به وضعیت تثبیت رسید، باید از طرح بیمه ما تاییدیه دریافت کنید.	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 از نقطه نظر پزشکی خصوصی) • وعده های غذایی، شامل رژیم های غذایی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه واحد های مراقبت های ویژه از جمله ICU و CCU • تست های آزمایشگاهی • تست های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم مصرفی مورد نیاز جراحی و پزشکی • 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. چنانچه خدمات پیوند درون شبکه ما خارج از الگوی مراقبتی جامعه باشد، تا زمانی که ارائه دهندگان پیوند محلی مایل به پذیرش نرخ اولیه Medicare باشند، می توانید به صورت محلی مراجعه کنید. چنانچه اولیه Medicare باشند، می توانید به صورت محلی مراجعه کنید. چنانچه Blue Shield TotalDual Plan خدمات پیوند را در مکانی خارج از الگو ارائه می دهد بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	مراقبت بستری در بیمارستان (ادامه) • برای مراقبت از پیوند در جامعه خود و شما انتخاب می کنید که پیوند را در این مکان دور دریافت کنید، ما هزینه های مناسب اسکان و ایاب و ذهاب را برای شما و یکی از همراهانتان ترتیب داده یا می پردازیم. † • خون، شامل نگهداری و تزریق می شود • خدمات پزشکی توجه: جهت بستری شدن، ارائه دهنده شما برای اینکه شما را به صورت رسمی در بیمارستان بستری کنند باید دستوری بنویسد. حتی اگر شب را در بیمارستان سپری کنید، همچنان ممکن است یک "بیمار سرپایی" به شمار بیایید. اگر مطمئن نیستید که یک بیمار بستری هستید یا سرپایی، باید از کارکنان بیمارستان سوال کنید. همچنین می توانید اطلاعات بیشتری را در برگه اطلاعات Medicare تحت این عنوان پیدا کنید "آیا شما بیمار بستری یا سرپایی بیمارستان هستید؟ اگر Medicare دارید - بپرسید!" این برگه اطلاعات در وبسایت به آدرس https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-In-patient-or-Outpatient.pdf یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) موجود است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-633-4227 تماس بگیرند. شما می توانید با این شماره ها در تمام مدت شبانه روز، و هفت روز هفته، به صورت رایگان تماس بگیرید. † پیوندها تنها در صورتی تحت پوشش قرار می گیرند که پزشک یا ارائه دهنده شبکه دیگر از قبل از ما تأییدیه گرفته باشد (گاهی اوقات "مجوز قبلی" نامیده می شود).
0\$	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی ما هزینه خدمات درمانی مراقبت از سلامت روان نیازمند به بستری شدن در بیمارستان را می پردازیم. • در صورت نیاز به خدمات بستری شدن در بیمارستان های روانپزشکی مستقل، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از این مدت، بنگاه بهداشت روانی محلی کانتی هزینه خدمات روانپزشکی بستری لازم از نظر پزشکی را پرداخت می کند. مراقبت های طولانی تر از 190 روز با موسسه بهداشت روانی محلی کانتی هماهنگی می 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 خدمات دریافتی شما را در مراکز امراض روانی (IMD) می پردازیم.



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 ما هزینه ای را برای اقامت شما در بستری پرداخت نمی کنیم در صورتی که معقول و از نظر پزشکی ضروری نباشد. 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 می گیرید را پرداخت کنیم. برای اطلاعات بیشتر با مرکز مراقبت مشتری تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر را که در اینجا ذکر نشده اند پرداخت می کنیم: • خدمات پزشکی • 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. اینها دستگاه هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می شوند: ○ یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت های هم بند)، یا ○ عملکرد یک اندام داخلی بدن که ناکارآمد است یا بد کار می کند. • پا، بازو، پشت، و گردن بند، فتق بند، و پا، بازو، و چشم مصنوعی. این شامل تنظیم، تعمیر، و تعویض در صورت نیاز به دلیل شکستگی، فرسودگی، گم شدن، یا تغییر در بیمار بتان می شود. • ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را می پردازیم



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	خدمات و لوازم مصرفی بیماری های کلیوی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • خدمات آموزشی مربوط به بیماری های کلیوی جهت آموزش مراقبت از کلیه ها و نیز کمک به شما برای تصمیم گیری صحیح در مورد خدمات تان. شما باید به بیماری مزمن کلیوی مرحله 4 مبتلا بوده و از سوی پزشک ارجاع شده باشید. ما هزینه شش جلسه آموزش بیماری های کلیوی را پرداخت می کنیم. • دیالیز سرپایی، که شامل درمان های دیالیز می شود، در صورتی که موقتاً از محدوده تحت پوشش بیمه خارج باشد، همان طور که در فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضاء توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه دهنده شما برای این سرویس به طور موقت در دسترس یا غیر قابل دسترسی است. • درمان های دیالیز بستری در صورتی 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، به "داروهای نسخه ای بخش B از Medicare" در این جدول مراجعه کنید.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	غربالگری سرطان ریه طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را هر 12 ماه یکبار پوشش می دهد، اگر شما: • سن شما 50-77 سال داشته باشید، 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 غربالگری، طرح ما هر ساله با یک دستورالعمل کتبی از سوی پزشک یا ارائه دهنده مجاز دیگر، هزینه یک غربالگری دیگر را پرداخت می کند.
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 انفرادی طی اولین سال دریافت خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت Medicare را پرداخت می کنیم. دریافت خدمات اضافی در صورت تشخیص ضرورت پزشکی، تأیید خواهند شد. ما هزینه دو ساعت از خدمات مشاوره انفرادی را سالی یک بار پس از آن 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 ارجاع را هر سال در صورت نیاز تمدید کند. دریافت خدمات اضافی در صورت تشخیص ضرورت پزشکی، تأیید خواهند شد.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	 برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare طرح های ما برای خدمات MDPP هزینه می کند. MDPP بگونه ای طراحی شده است که شما در افزایش رفتار سالم خود کمک نمایید. 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.
0\$ (لطفاً کارت Blue Shield TotalDual Plan و کارت شناسایی مزایای پزشکی خود را به پزشک یا داروخانه خود ارائه دهید)	داروهای نسخه ای Medicare بخش B این داروها تحت پوشش بخش Medicare B می باشند. طرح ما هزینه داروهای زیر را پرداخت می کند: • داروهایی که شما معمولاً مصرف نمی کنید و به هنگام استفاده از خدمات پزشک، درمان های سرپایی بیمارستانی و یا خدمات سیار و مراکز جراحی سرپایی به شما تزریق می شود • داروهایی که با استفاده از لوازم پزشکی با طول عمر بالا مصرف می کنید (مانند نبولایزر) که طرح ما مجوز آن را صادر کرده است • 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 بخش A بوده باشید Medicare • داروهای تزریقی پوکی استخوان. ما هزینه این داروها به شرطی پرداخت می کنیم که خانه نشین بوده و یا شکستگی استخوانی داشته باشید که به گواهی پزشک ناشی از پوکی استخوان بعد از یائسگی 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
	داروهای نسخه ای Medicare بخش B (ادامه) • برخی داروهای دیالیز خانگی، منجمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت ضرورت از نقطه نظر پزشکی)، به حسی موضعی، و عوامل تولیدکننده سلول قرمز اریثروپوئیز (مانند اپونتین آلفا، آرانسپ[®] یا داربپونتین آلفا) • ایمونوگلوبولین داخل رگی 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 کتابچه راهنمای اعضاء شما مزایای داروهای تجویزی سرپایی ما را توضیح می دهد. قوانینی که باید برای پوشش نسخه ها رعایت کنید در این فصل شرح داده شده است. فصل 6 کتابچه راهنمای اعضاء شما به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروهای نسخه ای سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می دهد.



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 شده، اما محدود به آنها، نمی شوند: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت از نقطه نظر 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 پزشکی • 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
	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) • آزمونهای شنوایی سنجی • خدمات شیرو پراتیک و جابجایی ستون فقرات (Chiropractic) • خدمات درمان پا شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از امکانات 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.
0\$	غریبالگری چاقی مفرط و درمان های مورد نیاز جهت پایین نگه داشتن وزن  در صورتی که توده بدنی (BMI) شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه های مشاوره مربوط به کاهش وزن را می پردازیم. 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 (OTP) Opioid طرح بیمه ما هزینه خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد شبه افیونی که در زیر آمده است را پرداخت می کند (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 اجازه شامل خدمات شود. باید با ارائه کننده خدمات خود صحبت کنید و ارجاعیه دریافت 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 می باشد یا خیر. ○ گاهی اوقات ممکن است شب را در بیمارستان سپری کنید با این حال بیمار "سرپایی" به شمار بیاید. ○ برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص شرایط مربوط به بیمار بستری یا سرپایی به برگه اطلاعات زیر مراجعه کنید: www.medicare.gov/media/11101 • 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 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 مبالغ اشتراک هزینه از هزینه های مربوط به خدمات بیمارستانی بیمارستان سرپایی را پرداخت نمایید. حتی اگر شب را در بیمارستان سپری کنید، همچنان ممکن است یک "بیمار سرپایی" به شمار بیاید. اگر مطمئن نیستید که یک بیمار سرپایی هستید یا نه، باید از کارکنان بیمارستان سوال کنید. همچنین می توانید اطلاعات بیشتری را در برگه اطلاعات Medicare تحت این عنوان پیدا کنید "آیا شما بیمار بستری یا سرپایی بیمارستان هستید؟ اگر ادامه این مزایا در صفحه بعد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	خدمات سرپایی بیمارستانی (ادامه) Medicare دارید – بپرسید! این برگه اطلاعات در وبسایت به آدرس https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) موجود است. کاربران TTY باید با شماره 2048-486-877-1 تماس بگیرند. شما می توانید با این شماره ها در تمام مدت شبانه روز، و هفت روز هفته، به صورت رایگان تماس بگیرید. ممکن است مقررات کسب اجازه شامل خدمات شود. باید با ارائه کننده خدمات خود صحبت کنید و ارجاعیه دریافت کنید.
0\$ برای هر ویزیت درمانی فردی یا گروهی.	مراقبت های بهداشت روانی سرپایی ما هزینه های مربوط به خدمات سلامت روان 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 احتمالا برخی خدمات دیگر را که در اینجا ذکر نشده اند پرداخت می کنیم: • خدمات بالینی • خدمات درمانی روزانه • خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی • بستری نیمه وقت یا برنامه 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 ادامه این مزایا در صفحه بعد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	مراقبت های بهداشت روانی سرپایی (ادامه) • خدمات سرپایی به منظور پایش دارو درمانی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات سرپایی • مشاوره روانپزشکی
0\$	خدمات توانبخشی سرپایی ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را پرداخت می کنیم. شما می توانید خدمات بازتوانی سرپایی را از بخش های سرپایی بیمارستان، مطب درمانگر های مستقل، مراکز تخصصی بازتوانی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.
0\$ برای هر ویزیت درمانی فردی یا گروهی.	خدمات سرپایی درمان سوء مصرف مواد ما هزینه خدمات زیر، و احتمالاً برخی خدمات دیگر را که در اینجا ذکر نشده اند 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 (ویویترول)



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$ برای هر مراجعه به مرکز جراحی سرپایی و بیمارستان سرپایی.	جراحی سرپایی ما هزینه جراحی سرپایی را در بخش جراحی های سرپایی بیمارستان و نیز مراکز جراحی های سرپایی می پردازیم. توجه: چنانچه در یک مرکز بیمارستانی تحت عمل جراحی قرار می گیرید، باید با ارائه دهنده خود در مورد بستری یا سرپایی بودن خود مشورت کنید. در صورتی که ارائه دهنده برای پذیرش شما به عنوان یک بیمار بستری در بیمارستان دستوری ننویسد، شما یک بیمار سرپایی به حساب می آید و می بایست سهم خود از هزینه های مربوط به جراحی سرپایی را پرداخت نمایید. حتی اگر شب را در بیمارستان سپری کنید، همچنان ممکن است یک "بیمار سرپایی" به شمار بیایید.
0\$.0\$	اقلام بدون نیاز به نسخه (OTC) شما مجاز به دریافت کمک هزینه سه ماهه \$200 برای داروها و لوازم ذکر شده در کاتالوگ OTC هستید. مواردی مانند آسپرین، ویتامین ها، داروهای سرماخوردگی و سرفه و بانداژ 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 blueshieldca.com/medicareOTC موجود است. می توانید اقلام را از طریق تماس تلفنی سفارش دهید [TTY: 711] 628-2770 (888)، دوشنبه تا جمعه بین ساعت 9 صبح و 5 بعد از ظهر. یا به صورت آنلاین در blueshieldca.com/medicareOTC. سفارشات بدون هیچ هزینه اضافی برای شما ارسال می شود. لطفاً برای تحویل حدود 14 روز کاری منتظر باشید. این مزیت در اولین روز هر سه ماهه تمدید می شود (1 ژانویه، 1 آوریل، 1 جولای و 1 اکتبر). شما در هر سه ماه دو سفارش می توانید بدهید و نمی توانید مقرر بلااستفاده خود را به سه ماهه بعدی منتقل کنید. برخی محدودیت ها اعمال می شود. برای اطلاعات بیشتر به کاتالوگ OTC مراجعه کنید. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
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.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	خدمات پزشکی/ ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • مراقبت های پزشکی ضروری و یا خدمات جراحی ارائه شده در مراکزى 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 برخی خدمات مشاوره پزشکی تلفنی، از جمله آندسته خدمات پزشک برای معالجه شرایط غیر اورژانسی 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. ○ جهت کسب اطلاعات بیشتر به بخش "خدمات اضافی بهداشت از راه دور" در جدول مزایای پزشکی مراجعه کنید. • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای ویزیت های ماهانه مربوط به بیماری کلیوی (ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در مرکز دیالیز کلیه مبتنی بر بیمارستان یا دسترسی حساس به بیمارستان، مرکز دیالیز کلیه یا منزل بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	خدمات پزشک/ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر (ادامه) • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای تشخیص، ارزیابی و یا درمان علائم یک سکتة • خدمات مشاوره پزشکی تلفنی برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روانی همزمان • خدمات بهداشتی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در صورتی که: ○ ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید ○ در حین دریافت این خدمات بهداشت از راه دور، هر 12 ماه یک بار به صورت حضوری ویزیت می شوید ○ برای شرایط خاصی می توان برای موارد فوق استثناء قائل شد • خدمات بهداشت از راه دور برای ویزیت های سلامت روان توسط کلینیک های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط ارائه می شوند. • چک کردن مجازی برای مدت 10-5 دقیقه با پزشک خود (به عنوان مثال، از طریق تلفن یا چت تصویری) اگر ○ شما یک بیمار جدید نیستید 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، در عرض 24 ساعت توسط پزشک معالجه و پیگیری شود اگر ○ شما یک بیمار جدید نیستید و بخش مزایا در صفحه بعدی ادامه می یابد



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	خدمات پزشکی/ارائه دهنده خدمات، شامل ویزیت های مطب دکتر (ادامه) ○ 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 • 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
0\$	خدمات درمان پا ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • 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 • مراقبت های روتین پا (غیر تحت پوشش Medicare)*
0\$	آزمون های غربالگری سرطان پروستات  برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک بار پرداخت می کنیم: • بررسی مقعدی دیجیتال • یک آزمایش آنتی ژن مخصوص پروستات (PSA)



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 پرداخت می کنیم: • کیسه های کولوستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت های کولوستومی (Colostomy) • 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 (Pacemakers) • بندک (Braces) • کفش های پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (شامل سینه بند مخصوص پس از عمل برداشت سینه) • پروتز 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 هزینه برخی لوازم مرتبط با پروتزها را می پردازیم. ما 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. برای جزئیات بیشتر به "مراقبت بینایی" در ادامه این جدول مراجعه کنید.
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 می پردازیم. برای توانبخشی ریوی نیاز به یک 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 می پردازیم.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	 غربالگری و مشاوره عفونت های مقاربتی (STIs) ما هزینه غربالگری ها برای کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پرداخت می کنیم. 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، می پردازیم. هر جلسه بین 20 الی 30 دقیقه می باشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به عنوان خدماتی پیشگیرانه صرفاً 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 را که در اینجا ذکر نشده اند 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 پزشکی/ ارائه دهنده خدمات شما معمولاً مراقبت های مورد نیاز خود را از امکانات 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



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$	ورزش درمانی نظارت شده (SET) ما 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 می کند. طرح بیمه ما هزینه های 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 SET ممکن است برای بیش از 36 جلسه در طول 12 هفته برای مدت 36 جلسه اضافی در یک دوره زمانی طولانی در صورتی که از نظر پزشکی توسط ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی ضروری تشخیص داده شود، پوشش داده شود.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
0\$.	ایاب و ذهاب: ایاب و ذهاب غیر اضطراری پزشکی 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 پارانزیت. 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 بر اساس نوع خدمات، ممکن است نخست نیاز به دریافت تاییدیه باشد. توجه: هماهنگی های مربوط به ایاب و ذهاب توسط Call the Car انجام می شود. اعضا باید با Call the Car به این شماره تماس بگیرند (855) 200-7544 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته تماس بگیرند. هماهنگی های لازم برای ایاب و ذهاب باید حداقل 24 ساعت قبل انجام شود. Call the Car یک برنامه تلفن همراه (CTC-Go) ارائه می دهد که می تواند توسط اعضای Blue Shield Total Dual Plan برای هماهنگی ایاب و ذهاب جهت مراقبت های بهداشتی استفاده شود. CTC-Go این امکان را به شما می دهد که رزروهای آینده یا گذشته را مرور کنید، به سواری خود امتیاز دهید، راننده خود را ردیابی کنید، رزرو موجود را لغو کنید و رزرو جدیدی را برنامه ریزی کنید. CTC-Go در iOS و Android موجود است. اپ استور خود را برای "CTC-Go" جستجو کنید و برنامه را دانلود کنید. <i>* خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند.</i>
0\$.	ایاب و ذهاب: ایاب و ذهاب برای موارد 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. ایاب و ذهاب برای برخورداری از مراقبت های پزشکی مورد نیاز، از جمله رفتن به قرار ملاقات های دندانپزشکی و دریافت داروهای نسخه ای مورد نیاز است. این مزایا ارتباطی با مزایای ایاب و ذهاب پزشکی غیر اضطراری شما ندارد.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0.	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. با این حال، وقتی نمی‌توانید به ارائه‌دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید (به عنوان مثال، زمانی که در خارج از منطقه خدماتی طرح یا در طول تعطیلات آخر هفته می باشید). پوشش جهانی.* 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. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی‌شوند.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
شما \$0 دلار برای یک تست در سال پرداخت می کنید. شما \$0 دلار <u>جه</u> برای لنزهای تماسی یا برای یک جفت عینک (فریم و لنز) با قیمت حداکثر \$300 دلار هر سال می پردازید. چنانچه لنزهای تماسی یا عینک (فریم و لنز) را با قیمت بالاتر از \$300 دلار انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت این مابه التفاوت هستید.	مراقبت بینایی* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • معاینه روتین چشم • لنزهای تماسی یا عینک (فریم عینک و شیشه) برای معاینه روتین چشم و مواد، مجوز قبلی (تأییدیه قبلی) لازم است. از فهرست Vision استفاده کنید یا به blueshieldca.com/find-a-doctor بروید تا یک ارائه دهنده شرکت کننده در شبکه Vision Service Plan (VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator) پیدا کنید. *خدمات برای حداکثر محدودیت طرح اعمال نمی شوند. ما هزینه های خدمات 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)، ما 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 ما هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک یک لنز داخل چشمی قرار دهد، را پرداخت می کنیم. 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.



هزینه ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 ویزیت پیشگیرانه "خوش آمدگویی به Medicare" ما هزینه ویزیت پیشگیرانه "خوش آمدگویی به Medicare" 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 "Welcome to Medicare" را تنها در طی 12 ماه اولی که از Medicare Part B برخوردار هستید، پوشش می دهیم. هنگامی که وقت ملاقات می گیرید، به دفتر پزشک خود اطلاع دهید که برای ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" است.

نمودار روند مزایای معمول دندانپزشکی

مزایای معمول دندانپزشکی برای همه اعضا در این طرح گنجانده شده است

نمودار زیر روند مزایای معمول دندانپزشکی است که اقدامات دندانپزشکی خاصی را نشان می دهد که تحت پوشش مزایای معمول دندانپزشکی قرار می گیرند و همچنین هزینه ای را که شما برای این اقدامات پرداخت خواهید کرد به شما می گویند. خدمات ذکر شده در صورت ارائه توسط یک دندانپزشک دارای مجوز درون شبکه و اگر به موجب استانداردهای درمان دندانپزشکی پذیرفته شده، معمول و لازم تشخیص داده شوند، به عنوان مزایای تحت پوشش تعیین می شوند.

مهم: لطفاً توجه داشته باشید اقداماتی که در لیست ذکر نشده اند پوشش داده نمی شوند.

مهم: برخی از خدمات دندانپزشکی تحت هیچ شرایطی تحت پوشش قرار نمی گیرند (که با عنوان مستثنی شناخته می شوند) و برخی از خدمات دندانپزشکی فقط تحت شرایط خاص (که با عنوان محدودیت شناخته می شوند) تحت پوشش قرار می گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به «محدودیت های عمومی» و «استثنای عمومی» که پس از این نمودار مزایا فهرست شده اند، مراجعه کنید.

مزایا برای اقدامات دندانپزشکی خاص لازم برای درمان عارضه های حاد دندانپزشکی، دردناک یا عفونی خاص، یا در صورتی که به شیوه ای مطابق با استانداردهای مراقبت حرفه ای شناخته شده ارائه شده باشد، ارائه می شود. طرح این حق را برای خود محفوظ می دارد که یک دندانپزشک مسئول طرح، اسناد ارائه شده برای عارضه های فوق را جهت تعیین پوشش، مورد بررسی اداری قرار دهد.

شرایطی که با درد یا عفونت حاد مشخص می شود شامل موارد زیر است:

- درد حاد که نیاز به درمان ریشه فوری دارد؛
- درد حاد که نیاز به کشیدن یا برداشتن دندان و/یا برش و تخلیه دارد؛

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- آبنه پریودنتال حد که نیاز به اقدامات اورژانسی پریودنتال دارد.

شرایط ترمیمی اضطراری شامل موارد زیر است:

- دندانانی که در حال ترمیم است و به عنوان پر کردگی (ترمیم پایه) کار بر روی آن شروع شده است، اما به دلیل وسعت پوسیدگی/شکستگی که در طول ترمیم نمایان شده است، اکنون نیاز به قرار دادن قاب (ترمیم اساسی) دارد.

خدمات طبق کد روند انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA، American Dental Association) بر اساس اصطلاحات فعلی دندانپزشکی فهرست شده است. قانون فدرال استفاده از کد ADA را برای گزارش اقدامات دندانپزشکی لازم می‌داند. کدهای روند ممکن است هر از گاهی توسط ADA بازنگری شود. بنابراین، طرح ممکن است این فهرست کد را مطابق قانون، مورد بازنگری قرار دهد. از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان، مسئول طرح دندانپزشکی (Dental Plan Administrator (DPA می‌توانید به فهرست کد بروزرسانی شده دسترسی داشته باشید، با شماره [2486-247 (866): 711]، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر تماس بگیرید.

کد ADA	شرح ADA از خدمات تحت پوشش برای شما	آنچه باید بپردازید
خدمات تشخیصی		
D0150	ارزیابی جامع دهان - بیمار جدید یا ثبت شده	\$0
D0171	ارزیابی مجدد، ویزیت مطب بعد از عمل	\$0
D0190	غربالگری یک بیمار	\$0
D0191	ارزیابی یک بیمار	\$0
D0251	تصویر رادیوگرافی دندان خلفی خارج دهانی	\$0
D0415	جمع آوری میکروارگانسیم‌ها برای کشت و حساسیت	\$0
D0425	تست حساسیت به پوسیدگی	\$0
D0460	تست‌های حیاتی پالپ	\$0
D0470	قالب‌های تشخیصی	\$0
D0472	ورود به بافت، معاینه گسترده، تهیه و ارسال گزارش کتبی	\$0
D0473	ورود به بافت، معاینه گسترده و میکروسکوپی، تهیه و ارسال گزارش کتبی	\$0
D0474	ورود به بافت، معاینه گسترده و میکروسکوپی شامل ارزیابی حاشیه‌های جراحی از نظر وجود بیماری، تهیه و ارسال گزارش کتبی	\$0
خدمات پیشگیرانه		
D1110	پروفیلاکسی - بزرگسالان	\$0
D1206	استفاده موضعی از وارنیش فلوراید	\$0
D1208	استعمال موضعی فلوراید - به استثنای وارنیش	\$0
D1353	ترمیم سیلانت - برای هر دندان	\$10
D1520	نگهدارنده فضا - قابل جابجایی - یک طرفه - در هر یک چهارم	\$70
خدمات ترمیمی		
D2140	آمالگام - یک سطحی، شیری یا دائمی	\$0
D2510	پرکردن (اینلی) - با فلز - یک سطحی	\$170
D2520	پرکردن (اینلی) - با فلز - دو سطحی	\$180

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



کد ADA	شرح ADA از خدمات تحت پوشش برای شما	آنچه باید بپردازید
D2530	پرکردن (اینلی) - با فلز - سه سطحی یا بیشتر	\$190
D2542	پرکردن (آنله) - با فلز - دو سطحی	\$185
D2543	پرکردن (آنله) - با فلز - سه سطحی	\$195
D2544	پرکردن (آنله) - با فلز - چهار سطحی یا بیشتر	\$215
D2610	پر کردن (اینلی) - چینی/سرامیک - یک سطحی	\$295
D2620	پر کردن (اینلی) - چینی/سرامیک - دو سطحی	\$330
D2630	پر کردن (اینلی) - با فلز - سه سطحی یا بیشتر	\$350
D2642	پر کردن (آنله) - چینی/سرامیک - دو سطحی	\$325
D2643	پر کردن (آنله) - چینی/سرامیک - سه سطحی	\$360
D2644	پرکردن (آنله) - چینی/سرامیک - چهار سطحی یا بیشتر	\$380
D2650	پر کردن (اینلی) - کامپوزیت/رزین - یک سطحی	\$195
D2651	پر کردن (اینلی) - کامپوزیت/رزین - دو سطحی	\$220
D2652	پر کردن (اینلی) - کامپوزیت/رزین - سه سطحی یا بیشتر	\$255
D2662	پر کردن (آنله) - کامپوزیت/رزین - دو سطحی	\$250
D2663	پر کردن (آنله) - کامپوزیت/رزین - سه سطحی	\$275
D2664	پرکردن (آنله) - کامپوزیت/رزین - سه سطحی یا بیشتر	\$320
D2720	قاب - رزین با فلز بسیار نجیب	\$320
D2722	قاب - رزین با فلز نجیب	\$260
D2750	قاب - چینی مخلوط با فلز بسیار نجیب	\$380
D2752	قاب - چینی مخلوط با فلز نجیب	\$320
D2753	قاب - چینی مخلوط شده با تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	\$380
D2780	قاب، 4/3 قالب با فلز بسیار نجیب	\$380
D2782	قاب، 4/3 قالب با فلز نجیب	\$320
D2790	قاب، تمام قالب با فلز بسیار نجیب	\$380
D2792	قاب، تمام قالب با فلز نجیب	\$320
D2794	قاب - تیتانیوم	\$380
D2921	چسباندن مجدد شکستگی دندان، لبه انسيزال یا کاسپ	\$50
D2929	تاج چینی/سرامیک پیش ساخته - دندان شیری - قدامی	\$75
D2940	نظارت حمایتی	-\$0
D2981	تعمیر اینلی که به دلیل شکستن مواد ترمیمی ضروری است	\$25
D2982	تعمیر آنله که به دلیل شکستن مواد ترمیمی ضروری است	\$25
D2983	تعمیر ونیر که به دلیل شکستن مواد ترمیمی ضروری است	\$25
خدمات ریشه دندان		
D3110	کلاهدک پالپ - مستقیم (به استثنای ترمیم نهایی)	\$0
D3331	درمان انسداد کانال ریشه، دسترسی غیر جراحی	\$0
D3333	ترمیم عیوب پریفورماسیون دندان داخلی	\$50

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



کد ADA	شرح ADA از خدمات تحت پوشش برای شما	آنچه باید بپردازید
D3346	درمان مجدد کانال ریشه قبلی - قدامی	\$0
D3348	درمان مجدد کانال ریشه قبلی - مولار	\$0
D3353	Apexification/Recalcification - بازدید نهایی شامل ریشه تکمیل شده	\$80
D3450	قطع ریشه - برای هر ریشه	\$85
D3920	همپسکشن (شامل هر گونه برداشتن ریشه)، بدون درمان ریشه	\$150
خدمات ریشه دندان		
D4212	ژنژیوکتومی (برداشتن لثه) یا ژنژیوپلاستی برای دسترسی به اقدام ترمیمی، برای هر دندان	\$85
D4240	روند فلپ لثه، از جمله روت پلنینگ - چهار دندان مجاور یا بیشتر یا فضای محصور دندان در هر یک چهارم فک	\$150
D4241	روند فلپ لثه - از جمله روت پلنینگ - یک تا سه دندان مجاور یا فضای محصور دندان در هر یک چهارم فک	\$225
D4245	فلپ با پوزیشن آپیکال	\$75
D4260	جراحی استخوان (شامل باز کردن و بستن فلپ) - چهار دندان مجاور یا بیشتر یا فضای محصور دندان در هر یک چهارم فک	\$0
D4263	پیوند جایگزین کردن استخوان - دندان طبیعی حفظ شده - اولین محل در یک چهارم فک	\$225
D4264	پیوند جایگزینی استخوان - دندان طبیعی حفظ شده - هر محل اضافی در یک چهارم فک	\$80
D4270	روند پیوند بافت نرم ساقه	\$225
D4274	روش گوه مزیال/دیستال تک دندانی (در صورت عدم انجام همزمان با عمل جراحی در همان ناحیه)	\$225
D4277	روند پیوند آزاد بافت نرم (شامل محل‌های جراحی گیرنده و دهنده) اولین دندان، ایمپلنت یا جای خالی دندان	\$295
D4278	روند پیوند آزاد بافت نرم (شامل محل‌های جراحی گیرنده و دهنده) هر دندان مجاور اضافی، ایمپلنت یا جای خالی دندان در همان محل پیوند	\$295
D4921	شستشوی لثه - در هر یک چهارم فک	\$0
خدمات پروتز دندان (متحرک)		
D5110	دندان مصنوعی کامل - فک بالا	\$0
D5221	پروتز جزئی فوری فک بالا - پایه رزین	\$365
D5222	پروتز جزئی فوری فک پایین - پایه رزین	\$365
D5223	پروتز جزئی فوری فک بالا - قالب چارچوب فلزی با پایه‌های دندان مصنوعی رزینی	\$415
D5224	پروتز جزئی فوری فک پایین - قالب چارچوب فلزی با پایه‌های دندان مصنوعی رزینی	\$415
D5225	پروتز جزئی فک بالا - پایه انعطاف پذیر (شامل مواد نگهدارنده/کلاسیپینگ، پایه و دندان)	\$180
D5226	پروتز جزئی فک پایین - پایه انعطاف پذیر (شامل پایه‌های نگهدارنده/کلاسیپینگ و دندان‌ها)	\$180
D5670	تعویض تمام دندان‌ها و اکریلیک روی قاب چارچوب فلزی (فک بالا)	\$100
D5671	تعویض تمام دندان‌ها و اکریلیک روی قاب چارچوب فلزی (فک پایین)	\$100
D5710	تعویض بیس پروتز کامل فک بالا	\$100

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید



کد ADA	شرح ADA از خدمات تحت پوشش برای شما	آنچه باید بپردازید
D5711	تعویض بیس پروتز کامل فک پایین	\$100
D5720	تعویض بیس پروتز جزئی فک بالا	\$100
D5721	تعویض بیس پروتز جزئی فک پایین	\$110
D5820	پروتز جزئی موقت (شامل مواد نگهدارنده/کلاسیپینگ، پایه‌ها و دندان)، فک بالا. شامل هر گونه گیره و تکیه‌گاه لازم است.	\$380
D5821	پروتز جزئی موقت (شامل مواد نگهدارنده/کلاسیپینگ، پایه‌ها و دندان)، فک پایین. شامل هر گونه گیره و تکیه‌گاه لازم است.	\$320
خدمات پروتز دندان (ثابت)		
D6210	پونتیک - قالب فلز بسیار نجیب	\$380
D6212	پونتیک - قالب فلز نجیب	\$320
D6240	پونتیک - چینی مخلوط با فلز بسیار نجیب	\$320
D6242	پونتیک - چینی مخلوط با فلز نجیب	\$320
D6243	پونتیک - چینی مخلوط شده با تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	\$260
D6250	پونتیک - رزین با فلز بسیار نجیب	\$330
D6252	پونتیک - رزین با فلز نجیب	\$350
D6600	اینلی نگهدارنده - چینی/سرامیک، دو سطحی	\$280
D6601	اینلی نگهدارنده - چینی/سرامیک، سه سطحی یا بیشتر	\$290
D6602	اینلی نگهدارنده - قالب فلز بسیار نجیب، دو سطحی	\$180
D6603	اینلی نگهدارنده - قالب فلز بسیار نجیب، سه سطحی یا بیشتر	\$190
D6604	اینلی نگهدارنده - قالب عمدتاً فلز پایه، دو سطحی	\$210
D6605	اینلی نگهدارنده - قالب عمدتاً فلز پایه، سه سطحی یا بیشتر	\$220
D6606	اینلی نگهدارنده - قالب فلز نجیب، دو سطحی	\$325
D6607	اینلی نگهدارنده - قالب فلز نجیب، سه سطحی یا بیشتر	\$360
D6608	آنله نگهدارنده - چینی/سرامیک - دو سطحی	\$285
D6609	آنله نگهدارنده - چینی/سرامیک - سه سطحی یا بیشتر	\$295
D6610	آنله نگهدارنده - قالب فلز بسیار نجیب، دو سطحی	\$185
D6611	آنله نگهدارنده - قالب فلز بسیار نجیب، سه سطحی یا بیشتر	\$195
D6612	آنله نگهدارنده - قالب عمدتاً فلز پایه، دو سطحی	\$205
D6613	آنله نگهدارنده - قالب عمدتاً فلز پایه، سه سطحی یا بیشتر	\$225
D6614	آنله نگهدارنده - قالب فلز نجیب، دو سطحی	\$320
D6615	آنله نگهدارنده - قالب فلز نجیب، سه سطحی یا بیشتر	\$260
D6720	قاب نگهدارنده - رزین با فلز بسیار نجیب	\$380
D6722	قاب نگهدارنده - رزین با فلز نجیب	\$320
D6750	قاب نگهدارنده - چینی مخلوط با فلز بسیار نجیب	\$380
D6752	قاب نگهدارنده - چینی مخلوط با فلز نجیب	\$380
D6753	قاب نگهدارنده - چینی مخلوط با تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	\$320
D6780	قاب نگهدارنده، 4/3 قالب با فلز بسیار نجیب	\$380

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



کد ADA	شرح ADA از خدمات تحت پوشش برای شما	آنچه باید بپردازید
D6782	قاب نگهدارنده، 4/3 قالب با فلز نجیب	\$380
D6784	قاب نگهدارنده 3/4 - تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	\$320
D6790	قاب نگهدارنده - تمام قالب با فلز بسیار نجیب	\$45
D6792	قاب نگهدارنده - تمام قالب با فلز نجیب	\$320
D6940	فشار شکن	\$45
خدمات جراحی دهان و فک و صورت		
D7111	کشیدن، بقایای تاج - دندان شیری	\$0
D7140	کشیدن، رویش دندان یا ریشه در معرض دید (بلند کردن و/یا برداشتن فورسپس)	\$0
D7210	کشیدن، رویش دندان نیازمند به برداشتن استخوان، برش دندان و از جمله بالا بردن فلپ موکوپریوستنل	\$0
D7220	برداشتن دندان نهفته - بافت نرم	\$0
D7241	برداشتن دندان نهفته - کاملاً استخوانی، با جراحی غیر معمول	\$0
D7251	کرونتکومی - برداشتن عمدی جزئی دندان	\$130
D7282	جابجایی دندان روییده یا دندان در جای نامناسب برای کمک به رویش	\$90
D7510	برش و تخلیه آبسه - بافت نرم داخل دهانی	\$0
خدمات ارتودنسی		
D8010	درمان ارتودنسی محدود دندان شیری	\$1,150
D8040	درمان ارتودنسی محدود برای دندان های بزرگسالان - بزرگسالان	\$1,350
D8090	درمان جامع ارتودنسی دندان بزرگسالان - بزرگسالان	\$2,100
خدمات عمومی کمکی		
D9311	مشاوره با متخصص مراقبت های بهداشتی پزشکی	\$0
D9450	ارائه پرونده برنامه ریزی دقیق و گسترده برای درمان	\$0
D9932	پاکسازی و بررسی برای پروتز کامل متحرک فک بالا	\$0
D9933	پاکسازی و بررسی برای پروتز کامل متحرک فک پایین	\$0
D9934	پاکسازی و بررسی برای پروتز جزئی متحرک فک بالا	\$0
D9935	پاکسازی و بررسی برای پروتز جزئی متحرک فک پایین	\$0
D9943	تنظیم اکلوزال	\$10
D9944	گارد اکلوزال - سخت، قوس کامل	\$100
D9945	گارد اکلوزال - نرم، قوس کامل	\$100
D9946	محافظ اکلوزال - سخت، قوس جزئی	\$100
D9975	سفید کننده خارجی برای کاربرد خانگی، در هر قوس شامل مواد و ساخت سینی های سفارشی - محدود به یک سینی سفید کننده و ژل برای دو هفته خوددرمانی	\$125
D9986	قرار ملاقات از دست رفته - بدون اطلاع 24 ساعته - به ازای هر 15 دقیقه زمان قرار ملاقات	\$10
D9987	قرار لغو شده - بدون اطلاع 24 ساعته - به ازای هر 15 دقیقه وقت قرار ملاقات.	\$10

توجه: به جز در شرایطی که به خدمات دندانپزشکی اورژانسی که تحت پوشش Medicare نیستند، نیاز داشته باشید، مبالغ ذکر شده

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



برای اشتراک هزینه اعضا فقط زمانی اعمال می‌شود که خدمات دندانپزشکی را از دندانپزشک درون شبکه دریافت کنید (به «مراقبت‌های دندانپزشکی اورژانسی غیر تحت پوشش Medicare» مراجعه کنید).

توجه: از آنجایی که Blue Shield هر سال با Medicare قرارداد می‌بندد، این مزایای دندانپزشکی معمول ممکن است در سال آینده در دسترس نباشد.

دریافت مراقبت‌های معمول دندانپزشکی

مقدمه

طرح دندانپزشکی Blue Shield توسط یک مدیر برنامه دندانپزشکی قراردادی (DPA) اداره می‌شود، نهادی که با Blue Shield برای مدیریت ارائه خدمات دندانپزشکی از طریق شبکه‌ای از دندانپزشکان قراردادی قرارداد می‌بندد. اگر در مورد اطلاعات این بخش دندانپزشکی سوالی دارید، نیاز به کمک دارید یا مشکلی دارید، می‌توانید با بخش خدمات مشتریان DPA تماس بگیرید به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر تماس بگیرید.

قبل از دریافت خدمات معمول دندانپزشکی

شما مسئول این هستید که اطمینان حاصل کنید دندانپزشکی که انتخاب می‌کنید یک دندانپزشک درون شبکه باشد.

توجه: وضعیت دندانپزشک درون شبکه ممکن است تغییر کند. در صورتی که در لیست دندانپزشکان قراردادی تغییری ایجاد شده باشد، این وظیفه شماست که بررسی کنید که آیا دندانپزشک شما در حال حاضر یک دندانپزشک درون شبکه است یا خیر. می‌توانید لیستی از دندانپزشکان درون شبکه واقع در منطقه خود را از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر تماس بگیرید.

ملاقات با دندانپزشک

مدت کوتاهی پس از ثبت‌نام، یک بسته عضویت از DPA دریافت خواهید کرد که تاریخ اجرایی شدن مزایای شما و آدرس و شماره تلفن دندانپزشک درون شبکه یا دندانپزشک مراقبت‌های اولیه (PCD) را به شما می‌گوید. پس از تاریخ اجرایی شدن در بسته عضویت خود، می‌توانید خدمات مراقبت از دندان تحت پوشش را دریافت کنید. برای گرفتن قرار ملاقات کافی است با مرکز PCD خود تماس بگیرید و خود را به عنوان عضو طرح Blue Shield TotalDual معرفی کنید. قرارهای اولیه باید ظرف چهار هفته زمان‌بندی شود مگر اینکه زمان خاصی درخواست شده باشد. سوالات مربوط به در دسترس بودن قرار ملاقات و دسترسی به دندانپزشکان باید به بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر تماس بگیرید.

توجه: هر عضو باید برای دریافت خدمات تحت پوشش باید به PCD اختصاص داده شده خود مراجعه کند، به جز خدمات ارائه شده توسط متخصصی که از قبل با مجوز کتبی توسط DPA مجاز شناخته شده است، یا برای خدمات مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی تحت پوشش Medicare. هیچ گونه درمان دیگر، تحت پوشش طرح Blue Shield TotalDual قرار نمی‌گیرد.

شما باید برای تمام نیازهای مراقبت از دندان از جمله خدمات پیشگیرانه، مشکلات معمول دندانپزشکی، مشاوره با متخصصان طرح و خدمات اورژانسی (در صورت امکان) با PCD خود تماس بگیرید. PCD مسئول ارائه خدمات عمومی مراقبت از دندان و ترتیب و هماهنگی برای ارجاع به سایر متخصصان ضروری طرح است. طرح باید مجوز چنین ارجاعی را بدهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



این طرح دندانپزشکی منحصر به شبکه به دندانپزشکان خارج از شبکه مزایایی پرداخت نمی‌کند. خدماتی که از دندانپزشک خارج از شبکه دریافت می‌شوند، مشمول پوشش نمی‌شوند، مگر در مواردی که اورژانس دندانپزشکی وجود داشته باشد. هنگامی که خدماتی را از یک دندانپزشک خارج از شبکه دریافت می‌کنید، شما مسئول پرداخت مستقیم کل مبلغی که توسط دندانپزشک صورت‌حساب می‌شود، به خود دندانپزشک خواهید بود.

توجه: اعضای که در قرار ملاقات‌های معمول دندانپزشکی خود (هر 6 ماه یک بار) حاضر نشده‌اند، ممکن است دریابند که قبل از ارائه مراقبت‌های معمول مانند جرم‌گیری منظم، به خدماتی شامل جرم‌گیری پریدنتال و روت پلنینگ نیاز دارند.

پرداخت‌های مشترک اعضا

قبل از شروع درمان، دندانپزشک شما یک برنامه درمانی برای رفع نیازهای فردی شما طراحی می‌کند. بهتر است قبل از شروع درمان، برنامه درمانی و تعهدات مالی خود را با دندانپزشک خود در میان بگذارید.

پرداخت‌های مشترک در زمان ارائه خدمات یا شروع مراقبت، باید پرداخت شوند و قابل پرداخت است.

اگر برای دریافت اطلاعات در مورد طرح درمانی خود به کمک بیشتری نیاز دارید یا اگر سؤالی در مورد پرداخت‌های مشترکی دارید که برای اقدامات دندانپزشکی تحت پوشش از شما دریافت می‌شود، می‌توانید با بخش خدمات مشتری DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر تماس بگیرید.

انتخاب دندانپزشک اولیه

در زمان ثبت‌نام، باید یک دندانپزشک درون شبکه را به عنوان PCD خود انتخاب کنید. اگر نتوانید دندانپزشک درون شبکه‌ای را انتخاب کنید یا دندانپزشک درون شبکه انتخاب شده در دسترس نباشد، DPA درخواست می‌کند دندانپزشک درون شبکه دیگری را انتخاب کنید، یا شما را به یک دندانپزشک درون شبکه معرفی می‌کند. می‌توانید از طریق تماس با بخش خدمات مشتری DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز در هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، دندانپزشک درون شبکه اختصاص داده به خود را تغییر دهید. به منظور اطمینان از اینکه دندانپزشک درون شبکه شما مطلع شده است و لیست‌های واجد شرایط DPA صحیح است، تغییرات دندانپزشکان درون شبکه باید قبل از 21 هر ماه درخواست شود تا تغییرات در روز اول ماه بعد اعمال شود.

اگر دندانپزشک شما، دیگر با DPA طرح Blue Shield TotalDual قرارداد ندارد

اگر دندانپزشک درون شبکه منتخب شما نتواند به قرارداد با DPA ادامه دهد، چون قادر به انجام این کار نیست یا قرارداد را نقض کرده است، یا اگر DPA قرارداد را لغو کرده باشد، DPA حداقل 30 روز قبل از تاریخ خاتمه موثر قرارداد دندانپزشک، به شما اطلاع خواهد داد تا بتوانید دندانپزشک دیگری را انتخاب کنید.

اگر به همین دلیل توسط DPA ملزم به انتخاب دندانپزشک دیگری شوید، از پرداخت هزینه‌های تکرار عکسبرداری‌های اشعه ایکس و انتقال یا سایر سوابق معاف می‌شوید. همچنین، دندانپزشک درون شبکه (a) یک پروتز جزئی یا کامل را که قالب‌های نهایی برای آن گرفته شده است، و (b) تمام کارها روی هر دندان که کار روی آن شروع شده است (مانند تکمیل درمان کانال‌های ریشه در حال پیشرفت و تحویل قاب‌ها زمانی که دندان‌ها آماده شدند) را تکمیل می‌کند.

مراقبت‌های دندانپزشکی اورژانسی که تحت پوشش Medicare نیستند

خدمات اورژانسی که تحت پوشش Medicare نیستند، به معنای مراقبت ارائه شده توسط دندانپزشک برای درمان یک بیماری دندان است که با یک علامت با شدت کافی بروز می‌کند، مثل درد شدید، به طوری که عدم توجه فوری به آن توسط عضو، قاعدتاً می‌تواند منجر به موارد زیر شود: i در خطر قرار دادن سلامت دندان اعضا به طور جدی، یا (ii) آسیب جدی به عملکرد دندان.

اگر سؤالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



مراقبت‌های دندانپزشکی اورژانسی که تحت پوشش Medicare نیستند

اگر احساس می‌کنید به مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی که تحت پوشش Medicare نیستند، نیاز دارید و در منطقه خدمات طرح Blue Shield TotalDual هستید، فوراً با دندانپزشک شبکه اختصاص داده شده به خود تماس بگیرید. پرسنل مطب دندانپزشکی به شما توصیه می‌کنند که چه کاری انجام دهید.

مراقبت‌های دندانپزشکی اورژانسی که تحت پوشش Medicare نیستند

اگر خارج از منطقه خدمات طرح Blue Shield TotalDual هستید و نیاز به مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی که تحت پوشش Medicare نیستند دارید، می‌توانید از هر دندانپزشک دارای مجوز درمان، این خدمات را دریافت کنید. خدماتی که از دندانپزشک خارج از منطقه دریافت می‌کنید تا زمانی که انتقال به یک ارائه دهنده شبکه خطری برای سلامتی شما باشد تا سقف 100 دلار (منهای هر گونه پرداخت مشترک قابل اعمال اعضا) تحت پوشش قرار می‌گیرد.

بازپرداخت برای مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی خارج از منطقه که تحت پوشش Medicare نیستند

هزینه خدمات دندانپزشکی اورژانسی تحت پوشش خارج از منطقه که تحت پوشش Medicare نیستند، تا سقف 100 دلار (منهای هر گونه پرداخت مشترک قابل اعمال اعضا) به شما بازپرداخت می‌شود. در صورت امکان، باید از دندانپزشک خود بخواهید که صورت حساب را مستقیماً به Blue Shield در آدرس زیر ارسال کند.

برای دریافت بازپرداخت، درخواست بازپرداخت، رسید پرداخت و شرح خدمات ارائه شده را به صورت کتبی به آدرس زیر ارسال کنید:

Blue Shield of California
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

برای ثبت درخواست مطالبه محدودیت زمانی وجود دارد. به طور کلی، صورتحساب خدمات باید ظرف یک سال از تاریخ ارائه خدمات به Blue Shield ارسال شود، مگر اینکه دلیلی برای تشکیل پرونده مؤخر وجود داشته باشد.

DPA ما خدمات دندانپزشکی اورژانسی که تحت پوشش Medicare نیستند، و آنها را دریافت کرده‌اید بررسی می‌کند و در صورت واجد شرایط بودن برای بازپرداخت، ظرف 30 روز پس از دریافت درخواست مطالبه به شما اطلاع می‌دهد. به جز خدمات اورژانسی دندانپزشکی که تحت پوشش Medicare نیستند، شما مسئول پرداخت کامل خدمات دندانپزشکی در خارج از کالیفرنیا خواهید بود.

رد ادعای بازپرداخت برای مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی خارج از منطقه که تحت پوشش Medicare نیستند

اگر ادعای شما برای بازپرداخت خدمات اورژانسی که تحت پوشش Medicare نیستند به طور جزئی یا کامل رد شود، DPA تصمیم را به صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. این اخطار شامل دلیل خاص رد درخواست می‌شود و به شما اطلاع می‌دهد که می‌توانید درخواست تجدیدنظر به رد درخواست را داشته باشید.

برای درخواست تجدید نظر به رد کامل درخواست یا رد جزئی، یک اعلامیه کتبی به Blue Shield TotalDual ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ اعلامیه رد درخواست کتبی ارسال کنید.



برای اطلاعات بیشتر، به فصل 9 مراجعه کنید (در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد) (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایات).

اخذ نظر دوم برای مراقبت از دندان

اگر با تشخیص و/یا تعیین تصمیم طرح درمانی انجام شده توسط دندانپزشک درون شبکه خود مخالف هستید یا در مورد آن تردید دارید، می‌توانید درخواست نظر دوم کنید. DPA همچنین ممکن است از شما درخواست کند که نظر دوم را برای تأیید ضرورت و مناسب بودن درمان دندانپزشکی یا استفاده از مزایا دریافت کنید.

نظرات دوم توسط دندانپزشک دارای مجوز به موقع و متناسب با ماهیت عارضه شما ارائه خواهد شد. درخواست‌های مربوط به موارد تهدید کننده سلامتی فوری و جدی، تسریع می‌شوند (مجوز تا 72 ساعت پس از دریافت درخواست، در صورت امکان تأیید یا رد می‌شود). برای کمک یا اطلاعات بیشتر در مورد روندها و چارچوب‌های زمانی مجوزهای نظر دوم، با بخش خدمات مشتری DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، هفت روز هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس، و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر تماس بگیرید یا به DPA نامه بنویسید.

نظرات دوم در یکی دیگر از مراکز دندانپزشکی درون شبکه ارائه خواهد شد، مگر اینکه توسط DPA مجوز دیگری داده شود. در صورتی که دندانپزشک واجد شرایط مناسب درون شبکه در دسترس نباشد، DPA نظر دوم را توسط یک ارائه دهنده خارج از شبکه صادر می‌کند. DPA فقط هزینه نظر دومی را که DPA تأیید کرده است یا مجاز شمرده است، پرداخت خواهد کرد. در صورتی که DPA تصمیم بگیرد نظر دوم را تأیید نکند، یک اعلان کتبی برای شما ارسال خواهد شد. اگر با این تصمیم مخالف هستید، می‌توانید به تصمیم Blue Shield TotalDual درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش شکایت و تجدیدنظر مراجعه کنید.

هماهنگی مزایا

این طرح بدون توجه به پوشش سایر بیمه نامه‌های گروهی یا سایر برنامه‌های مزایای سلامت گروهی، حتی با وجود اینکه بیمه نامه یا آن برنامه دیگر خدمات یا هزینه‌هایی را علاوه بر مراقبت‌های دندانپزشکی پوشش دهد، مزایا را ارائه می‌دهد. در غیر این صورت، مزایای ارائه شده به موجب این طرح توسط متخصصین یا دندانپزشکان خارج از شبکه، با سایر بیمه نامه‌های دندانپزشکی گروهی یا هر برنامه مزایای دندانپزشکی گروهی هماهنگ می‌شود. تعیین اینکه کدام بیمه نامه یا برنامه، برنامه اصلی است باید توسط قوانین مندرج در قرارداد انجام شود.

اگر این طرح ثانویه باشد، هزینه کمتری را از موارد زیر پرداخت می‌کند:

- مبلغی که در صورت عدم وجود هرگونه پوشش مزایای دندانپزشکی دیگر، پرداخت می‌کرد، یا
- تا زمانی که مزایا تحت پوشش این طرح باشند، مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب عضو به موجب طرح مزایای اولیه دندانپزشکی پرداخت می‌شود.

یک عضو باید هر گونه اطلاعاتی را درباره خود که برای هماهنگی مزایا مورد نیاز است به DPA ارائه دهد و DPA می‌تواند اطلاعات را در اختیار هر شرکت بیمه یا سازمان دیگری قرار دهد یا از آن اطلاعات دریافت کند. DPA به صلاحدید خود تعیین خواهد کرد که آیا هرگونه بازپرداخت به یک شرکت بیمه یا سازمان دیگر به واسطه مقررات هماهنگی مزایای شرح داده شده در اینجا، تضمین می‌شود یا خیر، و اینکه آیا هر گونه بازپرداخت پرداخت شده به عنوان مزایای این قرارداد تلقی خواهد شد یا خیر. DPA حق بازبایی از یک دندانپزشک، عضو، شرکت بیمه یا سازمان دیگر را خواهد داشت، چون DPA تصمیم می‌گیرد، مقدار هر گونه مزایای پرداخت شده توسط DPA که بیش از تعهدات آن به موجب مقررات هماهنگی مزایای شرح داده شده در اینجا است، چقدر است.

فرایند شکایت و تجدیدنظر

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید



تعهد ما به شما این است که نه تنها کیفیت مراقبت، بلکه کیفیت در روند درمان را نیز تضمین کنیم. واژه کیفیت درمان از خدمات حرفه‌ای ارائه شده توسط دندانپزشکان درون شبکه تا حسن نیت نشان داده شده توسط نمایندگان تلفنی ما که به شما نشان می‌دهند، را در بر می‌گیرد. در صورت داشتن هرگونه سؤال یا شکایت در مورد واجد شرایط بودن، رد خدمات یا مطالبات دندانپزشکی، خط مشی‌ها، رویه‌ها یا عملیات DPA یا کیفیت خدمات دندانپزشکی انجام شده توسط دندانپزشک درون شبکه، حق دارید شکایت کنید یا به تصمیمات طرح Blue Shield TotalDual درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً به فصل 9 بروید: اگر مشکل یا شکایتی دارید (در مورد تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید، برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه ثبت شکایت یا تجدیدنظر. اگر سؤالی دارید، با DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با خدمات مشتری طرح Blue Shield TotalDual تماس بگیرید (شماره‌های تلفن در پشت جلد این سند درج شده است).

محدودیت‌های عمومی برای برنامه معمول HMO دندانپزشکی

1. معاینات دهانی به یک (1) معاینه در هر سه (3) سال تقویمی، برای هر ارائه دهنده یا مکان (D0150) محدود می‌شود.
2. پروفیلاکسی یا جرم‌گیری به دو (2) مورد در هر سال تقویمی (D1110) محدود می‌شود.
3. استعمال موضعی فلوراید (به استثنای وارنیش) به دو (2) مورد در سال تقویمی محدود شده است (D1208).
4. قاب - چینی مخلوط با فلز نجیب به 2 عدد در هر سال تقویمی برای هر بیمار محدود شده است (D2750).
5. پروتز - پروتز جزئی فوری فک بالا - با قالب چارچوب فلزی با پایه‌های پروتز رزینی، 1 مورد در هر 5 سال تقویمی. (D5223).
6. پریدونتیکس - روند فلپ لثه - از جمله روت پلنینگ - یک تا سه دندان مجاور یا فضای محصور دندان در هر یک چهارم فک (D4241).
7. پروتز جزئی به یک (1) مورد در هر دوازده (12) ماه متوالی (D5820 و D5821) محدود می‌شود.
8. هزینه برای عضوی که درمان ارتودنسی دریافت می‌کند و پوشش آن به هر دلیلی لغو یا خاتمه می‌یابد، بر اساس هزینه معمول ارتودنسیست درون شبکه برای طرح درمان خواهد بود. متخصص ارتودنسی درون شبکه مبلغ را برای تعداد ماه‌های باقیمانده تا تکمیل درمان به تناسب تقسیط می‌کند. عضو پرداختی را به طور مستقیم به ارتودنسیست درون شبکه طبق هماهنگی انجام می‌دهد.

استثنای عمومی برای برنامه معمول HMO دندانپزشکی

1. هر اقدامی که به طور خاص در نمودار روند مزایای معمول دندانپزشکی فهرست نشده است.
2. هر اقدامی که از نقطه نظر حرفه‌ای دندانپزشک درون شبکه:
 - a. پیش بینی ضعفی برای نتیجه موفقیت آمیز آن و طول عمر معقول بر اساس وضعیت دندان یا دندان‌ها و/یا ساختارهای اطراف، دارد یا
 - b. با استانداردهای عمومی پذیرفته شده برای دندانپزشکی ناسازگار است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



3. خدمات صرفاً برای اهداف زیبایی یا برای عارضه‌هایی که در نتیجه عیوب ارثی یا رشدی ایجاد می‌شوند، می‌باشد مانند شکاف کام، ناهنجاری‌های فک بالا و پایین، دندان‌های ناقص مادرزادی و دندان‌های تغییر رنگ یافته یا فاقد مینا.
4. تجهیزات گم شده یا دزدیده شده شامل، اما نه محدود به این موارد، پروتزهای کامل یا پارسیل (جزئی)، نگهدارنده فضا، قاب‌ها و پروتزهای جزئی ثابت (پل).
5. اگر هدف تغییر بُعد عمودی یا تشخیص یا درمان عارضه غیرطبیعی مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) باشد، همه روندها، تجهیزات یا ترمیم‌ها مستثنی هستند.
6. فلز گرانبها برای تجهیزات متحرک، پایه‌های نرم فلزی یا دائمی برای پروتزهای کامل، دندان‌های مصنوعی چینی، اباتمنت‌های دقت برای پروتزهای جزئی متحرک یا ثابت (روکش‌ها، ایمپلنت‌ها و وسایل مرتبط با آنها) و شخصی‌سازی و خصوصی سازی پروتزهای کامل و جزئی.
7. وسایل و ملحقات دندان‌های مربوط به ایمپلنت، قرار دادن ایمپلنت، نگهداری، برداشتن و کلیه خدمات دیگر مرتبط با ایمپلنت دندان‌ها.
8. مشاوره برای مزایایی که تحت پوشش نیست.
9. خدمات دندانپزشکی دریافت شده از هر مرکز دندانپزشکی غیر از دندانپزشک درون شبکه اختصاص داده شده، یک متخصص دندانپزشکی از قبل تأیید شده، یا یک متخصص ارتودنسی درون شبکه به جز خدمات مراقبت‌های دندان‌های اورژانسی که در شواهد پوشش توضیح داده شده است.
10. کلیه هزینه‌های مربوط به پذیرش، استفاده، یا اقامت در بیمارستان، مرکز جراحی سرپایی، مرکز مراقبت‌های طولانی مدت، یا سایر مراکز مراقبتی مشابه.
11. داروهای تجویزی.
12. هزینه‌های دندانپزشکی که در ارتباط با هر عمل دندانپزشکی یا ارتودنسی انجام می‌شود و قبل از واجد شرایط بودن اعضا در طرح Blue Shield TotalDual شروع شده است. به عنوان مثال می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: دندان‌های آماده شده برای روکش، درمان ریشه‌های در حال انجام، پروتزهای کامل یا جزئی که برای آنها قالب گیری انجام شده است و ارتودنسی.
13. تغییرات در درمان ارتودنسی که به دلیل تصادف ضروری شناخته شده است از هر نوعی.
14. تجهیزات و/یا درمان‌های مایوفانکشنال و پارافانکشنال.
15. براکت‌های کامپوزیت یا سرامیکی، سازگار سازی زبان با باندهای ارتودنسی و سایر روش‌های جایگزین تخصصی یا زیبایی برای تجهیزات ارتودنسی ثابت و متحرک معمول.
16. کشیدن دندان، زمانی که دندان‌ها بدون علائم/غیر پاتولوژیک هستند (بدون علائم یا نشانه‌های آسیب‌شناسی یا عفونت)، شامل این موارد اما نه محدود به آنها، کشیدن دندان‌های آسیاب سوم و کشیدن‌های مرتبط با ارتودنسی.
17. پروتزهای جزئی موقت (stayplates)، در ارتباط با تجهیزات ثابت یا متحرک، محدود به جایگزینی دندان‌های قدامی کشیده شده برای بزرگسالان در طول دوره بهبودی است در شرایطی که دندان‌ها را نمی‌توان به پروتز جزئی موجود اضافه کرد.
18. مزایای برنامه مدیریت بافت نرم محدود به بخش‌هایی است که در آن خدمات تحت پوشش در نمودار روندهای مزایای معمول دندانپزشکی آورده شده است. اگر یک عضو خدماتی که تحت پوشش نیست را در یک برنامه مدیریت بافت نرم رد کند، باعث تغییر یا حذف سایر مزایای تحت پوشش نمی‌شود.
19. درمان یا تجهیزاتی که توسط دندانپزشکی ارائه می‌شود که متخصص خدمات پروتز دندان‌ها است.



20. درمان ارتودنسی باید توسط دندانپزشک دارای مجوز انجام شود. ارتودنسی خود تجویزی، تحت پوشش نیست.

21. برداشتن تجهیزات ارتودنسی ثابت به دلایلی غیر از اتمام درمان، مزایا تحت پوشش به شمار نمی‌رود.

E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح بیمه ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما این خدمات از طریق خدمات Original Medicare یا هزینه‌های Medi-Cal در دسترس است.

E1. برنامه California Community Transitions (CCT)

برنامه California Community Transitions (CCT) از سازمان‌های پیشروی محلی برای کمک به آندسته طرف‌های ذینفع واجد شرایط Medi-Cal استفاده می‌کند که در یک مرکز مخصوص بستری شدن برای حداقل 90 روز متوالی زندگی کرده اند کمک می‌کنند 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 می‌گیرد.

می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان پیشرو CCT که در بخش محل سکونت شما خدمات می‌دهد، بگیرید. می‌توانید فهرست سازمان‌های پیشرو CCT و بخش‌هایی که در آنها خدمات ارائه می‌دهند را در وبسایت اداره خدمات مراقبت‌های 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 می‌پردازد. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی‌پردازید.

برای خدماتی که به انتقال CCT شما مرتبط نیستند:

ارائه دهنده برای خدمات شما به ما صورتحساب می‌دهد. طرح بیمه ما هزینه خدمات دریافت شده توسط شما را پس از انتقال پرداخت می‌کند. شما هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات نمی‌پردازید.

در حالی که شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما برای خدمات ذکر شده در جدول مزایا در بخش D هزینه پرداخت می‌کنیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

برنامه CCT داروها را پوشش نمی‌دهد. شما به دریافت مزایای دارویی عادی خود توسط طرح بیمه ما ادامه می‌دهید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌های انتقالی غیر CCT نیاز داشته باشید، با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. منظور از مراقبت‌های انتقالی غیر CCT این است که خدمات مراقبتی مورد نظر شما ربطی به انتقال شما از یک موسسه یا مرکز ندارد.

E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

برخی از خدمات دندانپزشکی که از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند، شامل خدماتی از قبیل:

- معاینات اولیه، عکس برداری با اشعه ایکس، تمیز کردن‌ها، و درمان‌ها با فلوراید

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- ترمیم ها و تاج های دندان
- درمان روت کانال
- 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 دندانپزشکی Medi-Cal را می پذیرد، 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، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options 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 لاعلاج

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 برود که بیش از شش ماه زنده نمانید. می توانید از خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج مورد تایید Medicare استفاده نمایید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه های آسایشگاه دارای گواهی Medicare را بیابید. پزشک آسایشگاه شما می تواند عضو شبکه و یا خارج از شبکه باشد.

جهت اطلاعات بیشتر درباره مواردی که طرح بیمه ما هزینه آنها را طی دورانی که شما در آسایشگاه خدماتی را دریافت می کنید پرداخت می کند به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج و خدماتی که تحت پوشش بخش A یا B از Medicare بوده و مربوط به بیماری لاعلاج شما می شود:

- ارائه کننده خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج صورتحساب هزینه خدمات شما را برای Medicare می فرستد. Medicare هزینه خدمات آسایشگاه بیماری های لاعلاج که مربوط به 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 ابتلای شما به بیماری لاعلاج ندارند (به غیر از موارد نیاز به خدمات مراقبتی اورژانسی یا مراقبت مورد نیاز فوری)

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

برای داروهایی که ممکن است تحت مزایای بخش D از Medicare مورد پوشش طرح بیمه ما قرار گیرند

- داروها هیچ وقت توسط آسایشگاه و بیمه ما همزمان پوشش داده نمی شوند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.

توجه: اگر به خدمات غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج نیاز داشته باشید، با هماهنگی کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. مراقبت های غیر از آسایشگاه بیماری های لاعلاج ربطی به بیماری لاعلاج شما ندارند.

F. مزایایی که توسط طرح بیمه ما، یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند

این بخش به شما در مورد مزایایی که در طرح ما مستثنی شده اند می گوید. منظور از "مستثنی" مزایایی است که ما هزینه آنها را پرداخت نمی کنیم. Medicare و Medi-Cal هم این هزینه ها را قبول نمی کنند.

فهرست ذیل حاوی خدمات و اقلامی است که در هیچ شرایطی تحت پوشش ما قرار نمی گیرند و مواردی که صرفاً 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. حتی چنانچه خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، این طرح هزینه خدمات را پرداخت نمی کند. چنانچه فکر می کنید که طرح بیمه ما باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند را بپردازیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. جهت کسب اطلاعات درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

به غیر از موارد مستثنی یا محدودیت های شرح داده شده در جدول مزایا، طرح ما اقلام و خدمات زیر را پوشش نمی دهد:

- طبق استانداردهای Medicare و Medi-Cal، خدماتی که "معقول و از نقطه نظر پزشکی ضروری" تلقی نمی شوند، مگر اینکه ما این خدمات را به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست کنیم.
- درمان های پزشکی، جراحی ها، اقلام و داروهای تحقیقاتی، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص مطالعات تحقیقات بالینی، به **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. درمان و اقلام تحقیقاتی مواردی هستند که اکثریت جامعه پزشکی آن ها را قبول ندارند.
- درمان جراحی چاقی مفرط، مگر آنکه از نقطه نظر پزشکی دارای ضرورت باشد و Medicare هزینه آن را بپردازد.
- اتاق خصوصی در بیمارستان مگر در موارد دارای ضرورت پزشکی.
- پرستاران خصوصی.
- اقلام شخصی در اتاق تان 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 ماستکتومی و نیز مطابقت دادن پستان دیگر با آن را می پردازیم.
- 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 هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.

- 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 لیزیک، 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 حال زمانیکه یک کهنه سرباز در یک بیمارستان VA از خدمات اضطراری بهره مند شده و سهم وی در پرداخت بیشتر از سهم پرداخت در طرح ماست، مقدار مازاد این پرداختی به وی بازگردانده می شود. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ تقسیم هزینه هستید.



فصل 5: دریافت داروهای نسخه ای سرپایی

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 از Medicare و Medi-Cal می شوند. **فصل 6** کتابچه راهنمای اعضاء شما به شما اطلاعاتی درباره هزینه ای که برای داروها باید پرداخت کنید ارائه می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء شما آمده است.

ما همچنین داروهای زیر را نیز پوشش می دهیم، هر چند که در این فصل به آنها پرداخته شده است:

- **داروهای تحت پوشش بخش A از Medicare.** این ها عموماً 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 **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

قوانین مربوط به پوشش بیمه ما برای داروهای سرپایی

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

1. یک پزشک یا ارائه دهنده خدمات دیگر باید برای شما نسخه بنویسد، که باید طبق قانون قابل اجرای ایالتی معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما (PCP) می باشد. اگر ارائه دهنده مراقبت های اولیه شما را برای مراقبتی ارجاع داده باشد، می تواند ارائه دهنده دیگری نیز باشد.
 2. تجویزکننده شما نباید در فهرست های محرومیت یا منع Medicare، فهرست محرومیت Medi-Cal ایالتی (Medicare) و تحریم های ایالتی قرار داشته باشد.
 3. نسخه تان را از داروخانه های عضو شبکه دریافت کنید.
 4. داروی تجویز شده برای شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش بیمه ما 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.
 - لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست جهت پوشش داروی تجویز شده شما تحت هر دو استاندارد Medicare و Medi-Cal ارزیابی می شود.



5. 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 (FDA) تایید شده باشد یا در برخی مرجع های پزشکی از آن حمایت شده باشد. پزشک شما ممکن است برای شناسایی مراجع پزشکی برای حمایت از استفاده درخواستی از داروی تجویز شده بتواند به شما کمک کند. 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	121
A1. دریافت نسخه خود از یک داروخانه عضو شبکه	121
A2. استفاده از کارت شناسایی طرح بیمه خود هنگام تحویل نسخه	121
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید چکار باید کرد	122
A4. اگر داروخانه شما شبکه طرح را ترک کند چکار باید کرد	122
A5. استفاده از یک داروخانه تخصصی	122
A6. استفاده از سرویس پستی برای دریافت داروهای خود	123
A7. دریافت یک ذخیره بلند مدت داروها	124
A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما نیست	124
A9. بازپرداخت شما برای یک نسخه	125
B. فهرست دارویی طرح بیمه ما	125
B1. داروهای موجود در فهرست دارویی ما	125
B2. روش یافتن یک دارو در فهرست دارویی ما	126
B3. داروهای غیر موجود در فهرست دارویی ما	126
B4. رده های تقسیم هزینه لیست داروها	127
C. محدودیت پوشش برخی داروها	128



- D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد 129
- D1. دریافت یک ذخیره موقت 129
- E. تغییرات پوشش برای داروهای شما 131
- F. پوشش داروها در مواردی خاص 133
- F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری حرفه ای برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می دهد 133
- F2. در یک مرکز مراقبت دراز مدت 133
- F3. در یک برنامه آسایشگاه دارای گواهی Medicare 133
- G. برنامه های ایمنی دارویی و مدیریت دارو 134
- G1. برنامه های کمک به شما برای استفاده بی خطر از دارو 134
- G2. برنامه هایی جهت کمک به مدیریت داروهای تان 134
- G3. برنامه مدیریت دارو برای استفاده ایمن از داروهای مخدر 135

A. دریافت داروهای نسخه ای

A1. دریافت نسخه خود از یک داروخانه عضو شبکه

در بیشتر موارد، ما هزینه نسخه را تنها زمانی پرداخت می کنیم که در هر یک از داروخانه های شبکه ما فراهم شده باشد. یک داروخانه شبکه داروخانه ای است که می پذیرد تامین داروهای نسخه ای اعضايمان را انجام دهد. می توانید از هر یک از داروخانه های عضو شبکه ما استفاده کنید.

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

A2. استفاده از کارت شناسایی طرح بیمه خود هنگام تحویل نسخه

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

به خاطر داشته باشید، جهت دسترسی به داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایای (BIC) نیاز دارید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



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

در صورتی که داروخانه نتواند اطلاعات لازم را بدست آورد، ممکن است مجبور شوید کل هزینه دارو را بپردازید. سپس شما می توانید از ما بخواهید که سهم خود را به شما باز پرداخت کنیم. چنانچه نمی توانید هزینه دارو را بپردازید، قانون ایالتی و فدرال به داروخانه اجازه می دهد نسخه مورد نیاز شما را در مواقع اضطراری برای حداقل 72 ساعت تامین کند. فوراً با مراقبت مشتری تماس بگیرید. ما هر کاری بتوانیم برای کمک انجام خواهیم داد.

- برای درخواست بازپرداخت وجه از ما به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
- در صورت نیاز به کمک برای دریافت داروهای نسخه ای خود، با مراقبت مشتریان یا هماهنگ کننده مراقبی خود تماس بگیرید.

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

چنانچه 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 هماهنگ کننده مراقبی خود تماس بگیرید.

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

چنانچه داروخانه ای که استفاده می کنید از شبکه طرح ما خارج شود، باید داروخانه ای جدید پیدا کنید.

جهت پیدا کردن یک داروخانه عضو شبکه جدید، به فهرست راهنمای ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید، از وب سایت ما دیدن کنید، یا با مراقبت مشتریان یا هماهنگ کننده مراقبی 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 اطمینان حاصل می 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، با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

داروخانه هایی که به خدمات سلامت سرخپوستان/ 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.



داروخانه‌هایی که داروهایی را که توسط FDA محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا نیاز به رسیدگی ویژه، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (توجه: این سناریو به ندرت باید اتفاق بیفتد.)

جهت پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، به فهرست راهنمای ارائه دهنده خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وب سایت ما دیدن کنید، یا با مراقبت مشتریان یا هماهنگ کننده مراقبی خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از سرویس پستی برای دریافت داروهای خود

برای برخی انواع داروها، شما می‌توانید از سرویس پستی داروخانه شبکه طرح بیمه ما استفاده کنید. عموماً، داروهایی از طریق سرویس پستی در دسترس هستند که شما از آنها به طور منظم برای بیماری‌های بلند مدت و یا مزمن استفاده می‌کنید. داروهایی که از طریق سرویس پستی داروخانه طرح ما در دسترس نیستند با نماد NDS در فهرست دارویی ما مشخص شده‌اند.

سرویس ایمیل طرح‌های ما به شما امکان می‌دهد تا 100 روز برای رده 1 سفارش دهید: داروهای ژنریک ترجیحی و عرضه 90 روزه برای رده دارویی 2: داروهای عمومی، رده دارویی 3: داروهای دارای نام تجاری ترجیحی و رده دارویی 4: داروهای غیر ترجیحی. یک عرضه 90 روزه و 100 روزه داروها از یک تعرفه سهم بیمار مشابه با یک عرضه یک ماهه برخوردار می‌باشد.

دریافت نسخه از طریق پست

برای دریافت فرم‌های سفارش و اطلاعات مربوط به پر کردن نسخه‌های خود از طریق پست، لطفاً با شماره پشت جلد این کتابچه با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید. اگر از سرویس پستی داروخانه استفاده می‌کنید که در شبکه طرح نیست، نسخه شما تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.

معمولاً نسخه خدمات پستی در عرض 14 روز به دست شما می‌رسد.

با این وجود، گاهی اوقات نسخه خدمات پستی شما ممکن است به تأخیر بیفتد. چنانچه خطاری مبنی بر تأخیر در ارسال نسخه شما، بدون تقصیر از سمت شما، توسط سرویس پستی داروخانه دریافت کردید، لطفاً با شماره پشت جلد این دفترچه با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید. یک نماینده Blue Shield در تهیه داروی کافی از شبکه خرده فروشی محلی داروخانه‌ها به شما کمک می‌کند، 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 می‌تواند سفارش جایگزینی را با داروخانه خدمات پست هماهنگ کند.

فرآیندهای خدمات پست

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

1. نسخه های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه به طور خودکار داروهای نسخه جدیدی که از شما دریافت کرده است را آماده و تحویل می‌دهد.



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

داروخانه پس از دریافت نسخه از یک ارائه دهنده خدمات درمانی، با شما تماس گرفته 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 (شامل مقدار، شکل و فرم) برای شما ارسال کند، و در صورت نیاز، شما فرصت متوقف کردن آن را پیش از دریافت صورت حساب و ارسال داشته باشید.

هر دفعه که داروخانه با شما تماس می گیرد، به آنها اطلاع دهید که با نسخه جدید چه کرده و از تاخیر در ارسال جلوگیری کنید.

3. تمدید نسخه های از طریق خدمات پستی

برای تحویل مجدد دارو، 14 روز قبل از اتمام نسخه فعلی با داروخانه تماس بگیرید تا مطمئن شوید سفارش بعدی شما به موقع برای شما ارسال می شود.

بهترین راه های تماس با خود را به داروخانه اطلاع دهید تا بتوانند قبل از ارسال سفارش نان به شما جهت تأیید تماس بگیرند. لطفاً مطمئن شوید که مشخصات تماس با شما در Blue Shield TotalDual Plan همیشه به روز باشد. اگر می خواهید شماره تلفن یا نشانی خود را تغییر دهید، لطفاً با مراقبت مشتری طرح Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره تلفن تماس در پایین این صفحه ذکر شده است).

A7. دریافت یک ذخیره 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 ذخیره طولانی مدتی از داروهای مربوط به بیماری های مزمن را داشته باشید. 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 سرویس پستی طرح بیمه ما برای تهیه داروهای نگهدارنده برای مصرف بلند مدت استفاده کنید. برای اطلاعات در مورد سرویس پستی داروخانه به بخش A6 مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما 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.

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

- چنانچه نمی توانید یک داروی تحت پوشش را به موقع در منطقه خدمات ما دریافت کنید، زیرا هیچ داروخانه شبکه ای در فاصله رانندگی معقول وجود ندارد که خدمات 24 ساعته ارائه دهد.
- چنانچه می خواهید یک داروی تجویزی تحت پوشش را دوباره تحویل بگیرید که به طور منظم در یک فروشگاه خردفروشی شبکه یا داروخانه خدمات پستی واجد شرایط موجود نیست (این داروها شامل داروهای خاص نیازمند کمک دولتی (orphan drugs)، داروهای پر هزینه و منحصربه فرد یا سایر داروهای تخصصی هستند).



- برخی از واکسن‌هایی که در مطب پزشک شما تجویز می‌شوند و تحت پوشش بخش B از Medicare نمی‌باشند و آن‌ها را نمی‌توان به طور منطقی در داروخانه‌های شبکه تهیه کرد، ممکن است تحت پوشش دسترسی خارج از شبکه ما قرار بگیرند.
- نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پر می‌شوند، محدود به عرضه 30 روزه داروهای تحت پوشش است.

در چنین شرایطی، ابتدا با مراقبت مشتری تماس بگیرید تا مطلع شوید که آیا داروخانه عضو شبکه ای در نزدیکی شما موجود می‌باشد.

A9. بازپرداخت شما برای یک نسخه

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 سهم بیمار خود پرداخت کنید. شما می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه آن را به شما بازپرداخت کنیم.

چنانچه تمام هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، بپردازید، ممکن است پس از پرداخت نسخه Medi-Cal Rx توسط داروخانه بازپرداخت شود. همچنین، می‌توانید از Medi-Cal Rx بخواهید با ارسال درخواست مطالبه "بازپرداخت هزینه‌های Medi-Cal از جیب (Conlan)" به شما بازپرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وب سایت Medi-Cal Rx بیابید: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی طرح بیمه ما

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

ما داروهای موجود در فهرست دارو را با کمک گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها همچنین قوانینی را که باید برای دریافت داروهایتان رعایت کنید، به شما می‌گوید.

وقتی که شما قوانین توضیح داده شده در این فصل را رعایت می‌کنید، معمولاً دارویی را که در فهرست داروی طرح بیمه ما باشد پوشش می‌دهیم.

B1. داروهای موجود در فهرست دارویی ما

فهرست داروهای ما شامل داروهایی است که تحت پوشش Medicare هستند.

اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می‌کنید، تحت پوشش طرح شما هستند. سایر داروها، مانند بعضی داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، تحت پوشش Medi-Cal Rx ممکن است قرار گیرند. لطفاً جهت اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

فهرست دارویی ما شامل داروهای دارای نام تجاری، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها می‌باشد.



یک داروی با نام تجاری، دارویی است که با نسخه‌ای با نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. داروهایی با نام تجاری که پیچیدگی بیشتری نسبت به داروهای معمولی (به عنوان مثال داروهایی که بر پایه پروتئین ساخته شده اند) دارند، محصولات بیولوژیکی نامیده می‌شوند. در فهرست دارویی ما، زمانی که به "داروها" اشاره می‌کنیم، این به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی می‌تواند باشد.

داروهای ژنریک همان مواد فعالی را دارند که داروهای دارای نام تجاری دارند. از آنجایی که فرآورده های بیولوژیکی پیچیده تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن یک فرم ژنریک، جایگزین هایی دارند که به آنها بیوسیمیلار گفته می‌شود. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان میزان داروهای مارک دار عمل می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای با نام تجاری، جایگزین های دارویی ژنریک یا جایگزین های مشابه بیوسنیک وجود دارد. در مورد اینکه آیا یک داروی ژنریک یا یک داروی دارای نام تجاری نیازهای شما را برآورده می‌کند، با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

B2. روش یافتن یک دارو در فهرست دارویی ما

برای اینکه بفهمید آیا دارویی که مصرف می‌کنید در لیست دارویی ما قرار دارد یا خیر، می‌توانید:

جدیدترین فهرست دارویی را که به صورت الکترونیکی ارائه کرده ایم، بررسی کنید.

از وب سایت طرح ما به این نشانی بازدید کنید [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023). فهرست دارو در وب سایت ما همیشه به روزترین است.

برای اطلاع از وجود یک دارو در فهرست دارویی ما یا برای درخواست کپی از این فهرست با بخش مراقبت از مشتری تماس بگیرید.

داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً جهت اطلاعات بیشتر به وب سایت [Medi-Cal Rx \(medi-calrx.dhcs.ca.gov/\)](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.

B3. داروهای غیر موجود در فهرست دارویی ما

ما همه نسخه‌های دارویی را پوشش نمی‌دهیم. برخی داروها در فهرست دارویی ما نیستند چرا که قانون برای پوشش آن داروها به ما اجازه نمی‌دهد. در برخی موارد دیگر، ما تصمیم گرفته ایم که دارویی را در فهرست دارویی خود قرار ندهیم. چنانچه دارویی تجویز شده است که در فهرست دارویی ما نیست، نیازهای دارویی شما همیشه تحت خط مشی های پوشش طرح ما و همچنین قوانین پوشش Medicare ارزیابی خواهد شد.

طرح بیمه ما هزینه داروهای نام برده در این بخش را پرداخت نمی‌کند. این داروها را **داروهای مستثنی شده** نام نهاده اند. اگر شما نسخه ای را که شامل داروهای مستثنی باشد دریافت کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. چنانچه معتقدید برای مورد شما باید هزینه داروی مستثنی را بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدید نظر، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

سه قانون عمومی برای داروهای خارج از فهرست وجود دارد:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما نمی‌تواند برای دارویی که Medicare بخش A یا بخش B قبلاً پوشش داده است (که شامل بخش D می‌شود)، پرداختی کند. طرح بیمه ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای تجویزی سرپایی شما در نظر گرفته نمی‌شوند.



2. طرح ما نمی تواند دارویی را که خارج از ایالات متحده و سرزمین های آن خریداری شده، پوشش دهد.
3. استفاده دارو باید مورد تایید سازمان غذا و دارو (FDA) باشد یا از طریق مرجع های پزشکی خاص برای درمان بیماری شما تایید شده باشد. پزشک شما می تواند داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان بیماری تایید نشده باشد. این کار "استفاده تایید نشده" نام دارد. طرح بیمه ما معمولاً داروهای تجویز شده جهت استفاده تایید نشده را پوشش نمی دهد.
- همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی توانند انواع داروهای ذکر شده در زیر را پوشش دهند.

- 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 [®]Cialis، [®]Viagra، [®]Levitra و [®]Caverject
- داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می گوید باید آزمایش ها یا خدمات را فقط توسط آنها انجام دهید

B4. رده های تقسیم هزینه لیست داروها

هر یک از داروها در فهرست داروها در یکی از پنج رده 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 ردیف اشتراک هزینه بالاتر باشد، سهم هم پرداختی شما برای دارو بالاتر خواهد بود.

- تقسیم هزینه رده 1: داروهای ژنریک ترجیحی (کمترین رده اشتراک هزینه)
شامل داروهای ژنریک ترجیحی است.
- تقسیم هزینه رده 2: داروهای ژنریک
شامل داروهای ژنریک است.
- تقسیم هزینه رده 3: داروهای دارای نام تجاری ترجیحی
شامل نام تجاری ترجیحی و برخی از داروهای ژنریک می باشد.
- تقسیم هزینه رده 4: داروهای غیر ترجیحی
شامل نام تجاری غیر ترجیحی و برخی از داروهای ژنریک می باشد.
- تقسیم هزینه رده 5: داروهای رده تخصصی (بالاترین سطح تقسیم هزینه)
شامل داروهای دارای نام تجاری بسیار پرهزینه و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به کنترل ویژه و/یا نظارت دقیق داشته باشند

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

فصل 6 کتابچه راهنمای اعضاء شما 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 خاص نحوه و زمان پوشش آنها را محدود می کند. به طور کلی، قوانین ما شما را تشویق می کنند که دارویی را دریافت کنید که برای وضعیت پزشکی شما ایمن و مؤثر است. هنگامی که یک داروی ایمن و کم هزینه به خوبی داروی گران تر عمل می کند، از ارائه دهنده شما انتظار داریم داروی ارزان تر را تجویز کند.

اگر قانون خاصی برای داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه دهنده شما باید اقدامات بیشتری را برای پوشش دارو انجام دهید. به عنوان مثال، ممکن است ارائه دهنده شما مجبور باشد ابتدا تشخیص شما را به ما بگوید یا نتایج آزمایش های خون را ارائه دهد. اگر شما یا ارائه دهندهتان فکر می کنید که قانون ما نباید در مورد عارضه شما اعمال شود، از ما بخواهید استثنا قائل شویم. ممکن است ما موافقت کنیم که به شما اجازه مصرف دارو را بدون انجام اقدامات اضافی بدهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

1. محدود کردن استفاده از دارو برند زمانی که نسخه ژنریک موجود 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 می کنند.

- معمولاً برای داروهای تجاری تا زمانی که نسخه ژنریک آن وجود داشته باشد هزینه ای پرداخت نمی کنیم.
- با این وجود، اگر ارائه دهنده شما دلیل پزشکی را به ما گفته است که داروی ژنریک برای شما کار نمی کند، ما داروی با نام تجاری را پوشش می دهیم.

2. گرفتن پیش تاییدیه از طرح

برای برخی از داروها، شما یا پزشک شما باید پیش از دریافت داروی نسخه ای از طرح بیمه ما تاییدیه دریافت کنید. اگر تاییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است دارو را پوشش ندهیم.

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 تر را بکنید، داروهای ارزان تری را امتحان کنید که اغلب به همان اندازه مؤثر 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 A برای شما کارگر نباشد، ما داروی B را پوشش می دهیم. این عمل درمان مرحله ای نام دارد.

4. محدودیت تعداد

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 ما مراجعه کنید. برای جدیدترین اطلاعات مربوطه، با مراقبت مشتری تماس بگیرید یا به وب



سایت ما به آدرس [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023) رجوع کنید. چنانچه با تصمیم ما در خصوص پوشش یا درخواست استثناء موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در این باره به بخش E در فصل 9 مراجعه کنید.

D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد

سعی می‌کنیم پوشش دارویی شما به خوبی برای شما کار کند، اما گاهی ممکن است برخی داروها آن طور که شما تمایل دارید تحت پوشش قرار نگیرند. به عنوان مثال:

- طرح شما دارویی که می‌خواهید مصرف کنید را پوشش نمی‌دهد. این دارو ممکن است در لیست دارویی ما نباشد. ما نسخه ژنریک دارو را ممکن است پوشش دهیم، اما نسخه با نام تجاری مورد نظر شما را پوشش نمی‌دهیم. یک دارو ممکن است جدید باشد و ما هنوز ایمنی و کارایی آن را بررسی نکرده باشیم.
- طرح بیمه ما دارو را تحت پوشش قرار می‌دهد اما قوانین و محدودیت‌های ویژه‌ای برای پوشش آن وجود دارد. همانطور که در قسمت بالای این فصل توضیح داده شد، برخی داروهای تحت پوشش بیمه ما قوانینی دارند که استفاده آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، ممکن است شما و یا تجویزکننده تان از ما درخواست استثناء داشته باشید.

اگر ما دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت یک ذخیره موقت

در برخی موارد، زمانی که دارو در فهرست دارویی ما نیست و یا به نحوی محدود شده است می‌توانیم به شما ذخیره موقتی از دارو را بدهیم. این به شما زمان می‌دهد 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 ذخیره موقت یک دارو، باید دو قانون ذیل را رعایت کنید:

1. دارویی که 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 موقعیت‌ها باشید:

- شما سال گذشته عضو طرح ما بوده اید.

○ ما ذخیره موقتی داروی شما را طی 90 روز اول سال پوشش می‌دهیم.

○ این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز است.

○ چنانچه نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده، ما می‌توانیم 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 ذخیره موقت داروی شما را طی اولین 90 روز عضویت تان در طرح بیمه مان را پوشش می دهیم.

- این تأمین موقت برای حداکثر 30 روز است.

- چنانچه 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 طرح بیمه ما بوده اید، در یک تسهیلات مراقبتی درازمدت زندگی می کنید و فوراً به دارو نیاز دارید.

- ما یک ذخیره دارویی برای مصرف 31-روزه یا کمتر، در صورتی که نسخه برای مقداری کم تر باشد، ارائه می دهیم. این مقدار علاوه بر ذخیره موقت ذکر شده فوق می باشد.

- برای درخواست ذخیره موقت دارو با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

زمانی که ذخیره موقت دارو دریافت می کنید، با ارائه دهندگان خدمات خود هر چه سریعتر صحبت کنید تا مشخص شود که هنگام پایان ذخیره داروی تان چه باید انجام داد. گزینه های شما عبارتست از:

- به داروی دیگری تغییر دهید.

طرح ما ممکن است داروی متفاوتی را پوشش دهد که برای شما کار کند. برای گرفتن لیستی از داروهایی که تحت پوشش ما هستند و شرایط پزشکی مشابهی را درمان می کنند، با بخش مراقبت از مشتری تماس بگیرید. این فهرست می تواند به ارائه دهندگان خدمات شما کمک کند تا داروی تحت پوشش مناسب شما را پیدا کنند.

یا

- درخواست استثناء کنید.

شما و ارائه دهندگان خدمات شما می توانید از ما درخواست کنید که استثناء قائل شویم. به طور مثال، از ما می توانید درخواست کنید دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست، تحت پوشش قرار داده یا از ما بخواهید 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.

چنانچه دارویی که مصرف می کنید در سال آینده از فهرست دارویی ما حذف شده یا به نحوی محدود شود، ما به شما اجازه می دهیم تا پیش از سال آینده درخواست استثناء کنید.



- ما در مورد هرگونه تغییر در پوشش داروی شما در سال آینده به شما اطلاع می دهیم. از ما بخواهید که یک استثنا قائل شده و دارو را برای سال آینده به روشی که شما می خواهید پوشش دهیم.
 - ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبان تجویزکننده نسخه شما) به درخواست تان برای استثنا پاسخ می دهیم.
- جهت اطلاع از نحوه درخواست استثنا، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء** خود مراجعه کنید.

در صورت نیاز به راهنمایی در مورد تقاضای استثنای دارویی، با مراقبت مشتریان یا هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید. چنانچه با تصمیم ما در خصوص پوشش یا درخواست استثنا موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر کنید (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش E در فصل 9 مراجعه کنید).

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

اکثر تغییرات در پوشش دارویی شما 1 ژانویه صورت می گیرد. با این وجود، ما ممکن است طی سال تغییراتی در فهرست داروی ما ایجاد کنیم. ممکن است قوانین مربوط به داروها را نیز در مواردی تغییر دهیم. به طور مثال، ممکن است ما:

- تصمیم بگیریم که دارویی نیاز به تأییدیه قبلی داشته باشد یا نداشته باشد (مجاز از ما قبل از اینکه بتوانید دارو تهیه کنید).
 - اضافه کردن یا تغییر دادن مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید (محدودیت مقدار).
 - سختگیری های موجود برای درمان مرحله ای با دارویی خاص را اضافه کنیم و یا تغییر دهیم (شما باید یک دارو را امتحان کنید قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم).
- برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به **بخش C** مراجعه 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 نداده یا حذف نخواهیم کرد، مگر اینکه:
- یک داروی جدید و ارزانتر به بازار آمده باشد که با همان کارایی داروی موجود در فهرست دارویی ما 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 داروی ما تغییر می کند، همیشه می توانید:

- فهرست داروهای فعلی ما را به صورت آنلاین در [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023) بررسی کنید یا
- برای بررسی لیست داروهای فعلی ما با بخش مراقبت مشتری در طول روزها و ساعات کاری درج شده با شماره پایین صفحه تماس بگیرید.

برخی از تغییرات در فهرست دارویی ما **بلافاصله** اتفاق می افتد. به عنوان مثال:

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



- یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد. بعضی وقتها، یک داروی ژنریک جدید و ارزانتر به بازار آمده باشد که با همان کارایی داروی موجود در فهرست دارویی ما 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 می باشد.

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 می کنیم.

- شما یا ارائه دهنده خدمات همچنین می توانید درباره این محدودیت ها درخواست اعمال "استثنا" کنید. ما یک اعلان با مراحلی که می توانید برای درخواست استثناء انجام دهید برای شما ارسال می کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

یک دارو از بازار جمع شود. اگر سازمان غذا و دارو، یا به اختصار (FDA) اعلام کند که داروی مورد مصرف شما ایمن نمی باشد یا تولید کننده دارو آن را از بازار جمع کند، ما بلادرنگ آن را از فهرست دارویی مان حذف می کنیم. اگر شما آن دارو مصرف می کنید، به شما اطلاع می دهیم.

- پزشک تجویز کننده داروی شما نیز از این تغییر مطلع خواهد شد و می تواند با شما همکاری کند تا داروی دیگری را برای بیماری شما پیدا کند.

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 مان به شما اطلاع رسانی می کنیم. این تغییرات ممکن است در این موارد رخ دهد:

- FDA راهنمای جدیدی را ارائه دهد و یا دستور العمل 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 ما 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 ما، موضوع را به شما اطلاع خواهیم داد یا
- موضوع را به شما اطلاع داده و به مدت 30-روز دارویی را که درخواست تمدید نسخه آن را کرده اید، در اختیارتان قرار خواهیم داد.



این کار به شما فرصت 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 ما بود که می توانید به عنوان داروی جایگزین استفاده کنید یا
- اگر باید از این تغییرات درخواست اعمال "استثنا" کنید. جهت اطلاع از نحوه درخواست استثنائات، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء** خود 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 نمی کنیم.

برای مثال، اگر ما دارویی که شما مصرف می کنید را حذف یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر بر استفاده شما از دارو یا هزینه ای که برای دارو برای بقیه سال پرداخت می کنید، تأثیری نخواهد داشت.

F. پوشش داروها در مواردی خاص

F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری حرفه ای برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می دهد

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

جهت اطلاعات بیشتر درباره پوشش دارو و آنچه که شما پرداخت می کنید، به **فصل 6 کتابچه راهنمای اعضاء** خود مراجعه کنید.

F2. در یک مرکز مراقبت دراز مدت

معمولاً، مراکز مراقبت بلند مدت، مانند آسایشگاه ها، داروخانه خودشان را دارند و یا داروخانه ای که داروهای تمام ساکنین آنها را تامین می کند. چنانچه در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت زندگی می کنید، 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 با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

F3. در یک برنامه آسایشگاه دارای گواهی Medicare

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

- شما ممکن است در یک آسایشگاه Medicare ثبت نام کرده باشید و به داروی درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی دهد، زیرا به بیماری وخیم و شرایط نهایی شما مربوط نمی شود. در این شرایط، 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 تجویزکننده 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 همه داروهای شما را پوشش می دهد. به منظور جلوگیری از هر گونه تاخیر در داروخانه زمانی که مزایای آسایشگاه Medicare به پایان می رسد، مدارک مربوطه را به عنوان گواهی این که آسایشگاه را ترک کرده اید با خود به داروخانه ببرید.

به بخش های قبلی این فصل که در خصوص داروهایی که طرح ما پوشش می دهد، مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

G. برنامه های ایمنی دارویی و مدیریت دارو

G1. برنامه های کمک به شما 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

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

G2. برنامه هایی جهت کمک به مدیریت داروهای تان

شما برای شرایط پزشکی مختلف ممکن است دارو مصرف کنید و/یا در یک برنامه مدیریت دارو هستید تا به شما کمک کند از داروهای مخدر خود به طور ایمن استفاده کنید. در چنین شرایطی، شما ممکن است برای دریافت خدمات بدون هزینه از طریق یک برنامه مدیریت درمان دارویی (MTM) واجد شرایط 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
- سپس به شما این موارد را خواهند داد:
- یک نسخه کتبی از این گفتگو. در این خلاصه یک برنامه عملی دارویی گنجانده می شود که توصیه می کند برای بهترین استفاده از داروهای خود چه کاری می توانید انجام دهید.
 - یک لیست دارویی شخصی که شامل تمام داروهایی است که مصرف می کنید و دلیل مصرف آنها.
 - اطلاعاتی در مورد دفع ایمن داروهای تجویزی که دارای مواد کنترل شده هستند.

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 ببرید.

- در صورت مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس لیست داروی خود را همراهتان ببرید.

برنامه های مدیریت دارو درمانی اختیاری هستند و به صورت رایگان در خدمت اعضای واجد شرایط می باشد. چنانچه 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 برنامه حضور داشته باشید به ما اطلاع دهید تا شما را از آن خارج کنیم.

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

G3. برنامه مدیریت دارو برای استفاده ایمن از داروهای مخدر

طرح بیمه ما دارای برنامه ای می باشد که می تواند به اعضاء کمک کند تا چگونه ای ایمن از داروی تجویزی دارای مخدر و داروهای دیگری که اغلب مورد سوء استفاده قرار می گیرند، استفاده کنند. این برنامه، Drug Management Program (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 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 های خاص و/یا از پزشک معینی دریافت کنید

- محدود کردن میزان 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 می کنیم. این نامه محدودیت هایی که به نظر ما باید اعمال شود را 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. چنانچه 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.

چنانچه 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 کتبی را به شما 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 سازمان بازبینی مستقل ارسال می کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدید نظر و سازمان بازبینی مستقل به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود 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 Rx و
- داروها و وسایلی به عنوان مزایای اضافی تحت پوشش طرح بیمه ما هستند.

به دلیل واجد شرایط بودن برای Medi-Cal، شما "Extra Help" از Medicare جهت پرداخت هزینه داروهای نسخه ای بخش D از Medicare خود دریافت می کنید. ما برای شما یک درج جداگانه به نام "شواهد پوشش سوار برای افرادی که برای پرداخت داروهای تجویزی Extra Help دریافت می کنند" فرستادیم (همچنین به عنوان "Low Income Subsidy Rider" (کم درآمد یارانه سوار)) یا "LIS Rider" (سوار LIS) نیز شناخته می شود، که به شما در مورد پوشش دارویی شما می گوید. اگر این درج را ندارید، لطفاً با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید و "LIS Rider" را بخواهید.

Extra Help 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 سهم بیمار کاهش یابد. Extra Help 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 شما آمده است.

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 پنج رده قرار می گیرد
 - اگر محدودیتی در مورد داروها وجود داشته باشد
 - در صورت نیاز به یک نسخه از فهرست دارویی ما، با مراقبت مشتری تماس بگیرید. همچنین می توانید جدیدترین نسخه فهرست دارویی ما را در وبسایت ما به آدرس [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023) بیابید.



- اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می کنید، تحت پوشش Blue Shield TotalDual Plan هستند. سایر داروها، مانند بعضی داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، تحت پوشش Medi-Cal Rx ممکن است قرار گیرند. لطفاً جهت اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

● فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود

- 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 طرح 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 می کنند با ما کار کنند.
- فهرست ارائه دهنده و داروخانه، داروخانه های شبکه ما را فهرست می کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های شبکه، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

فهرست مطالب

139	A. شرح مزایا (EOB)
140	B. ردگیری سابقه هزینه های دارویی خود
141	C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D
141	D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه
142	D1. انتخاب داروخانه
142	D2. دریافت ذخیره بلند مدت یک دارو
142	D3. آنچه شما پرداخت می کنید
144	D4. پایان مرحله پوشش اولیه
144	E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
144	F. هزینه های داروی شما اگر که پزشک تان برای مصرف کم تر از یک ماه کامل تجویز کرده باشد
145	G. کمک در هم پرداختی برای داروهای نسخه ای برای افراد مبتلا به اینز/اچ آی وی
145	G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)



- 145..... G2. اگر شما در ADAP ثبت نام نکرده اید
- 145..... G3. اگر شما در ADAP ثبت نام کرده اید
- 145..... H. واکسیناسیون
- 145..... H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید
- 146..... H2. آنچه شما برای واکسن های تحت پوشش بخش D از 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 بخش D شرح مزایا برای شما ارسال می کنیم. اگر یک یا چند نسخه را در طول ماه قبل از طریق برنامه گرفته باشید، بخش D شرح مزایا را برای شما ارسال می کنیم ("بخش D از EOB"). ما آن را به اختصار بخش D از EOB می نامیم. بخش D از 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. بخش D از EOB شامل:

- **اطلاعات ماهانه.** 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.** که شامل هزینه کلی داروهای شما و کل پرداخت ها از اول 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 به صورت 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.



- اکثر داروهای تجویزی که از داروخانه دریافت می کنید، تحت پوشش طرح بیمه هستند. سایر داروها، مانند بعضی داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، تحت پوشش Medi-Cal Rx ممکن است قرار گیرند. لطفاً جهت اطلاعات بیشتر به وب سایت [Medi-Cal Rx \(medi-calrx.dhcs.ca.gov/\)](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه فرمایید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.
- جهت آگاهی از داروهایی که بیمه ما مورد پوشش قرار می دهد، به فهرست داروهای ما 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 بیمه خود استفاده کنید.
هر گاه که برای خرید داروی نسخه ای خود می روید، کارت شناسایی Blue Shield TotalDual خود را نشان دهید. این کار 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 های 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، سهم بیمار 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 کنیدبرای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت سهم مان از هزینه دارو، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضاء 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 حوادث فاجعه آمیز برسید، طرح بیمه ما 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 بخش D از EOB را شما با پست دریافت می کنید، 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، با مراقبت مشتری تماس بگیرید. این بخش D از EOB ها را نگه دارید. این گزارش ها سابقه مهمی از هزینه های داروهای شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D

بر اساس طرح ما دو مرحله پرداخت برای پوشش داروی نسخه ای Medicare بخش D 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
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 2023 پرداخت می کنیم. شما این مرحله را وقتی آغاز می کنید که مبلغ هزینه های پرداخت از جیب شما به حد خاصی رسیده باشد.

پیام مهم درباره مبلغی که برای انسولین می پردازید - شما برای مصرف یک ماه از هر محصول انسولین تحت پوشش طرح ما، بیش از \$0 دلار پرداخت نخواهید کرد، صرف نظر از اینکه در چه سطحی از تقسیم هزینه 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 تقسیم هزینه دارو، و به اینکه دارو را از کجا تهیه می کنید بستگی دارد.

- تقسیم هزینه رده 1: داروهای ژنریک ترجیحی (کمترین رده اشتراک هزینه) شامل داروهای ژنریک ترجیحی است.
- تقسیم هزینه رده 2: داروهای ژنریک شامل داروهای ژنریک است.
- تقسیم هزینه رده 3: داروهای دارای نام تجاری ترجیحی شامل نام تجاری ترجیحی و برخی از داروهای ژنریک می باشد.
- تقسیم هزینه رده 4: داروهای غیر ترجیحی شامل نام تجاری غیر ترجیحی و برخی از داروهای ژنریک می باشد.



- تقسیم هزینه رده 5: داروهای رده تخصصی (بالاترین سطح تقسیم هزینه) شامل داروهای دارای نام تجاری بسیار پرهزینه و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به کنترل ویژه و/یا نظارت دقیق داشته باشند

D1. انتخاب داروخانه

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

- 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. برای کسب اطلاعات بیشتر برای اینکه بفهمیم چه زمانی این کار را انجام دهیم به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
- جهت اطلاعات درباره گزینه های انتخاب داروخانه، به **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضای خود و به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ما مراجعه کنید.

D2. دریافت ذخیره بلند مدت یک دارو

برای برخی داروها، به هنگام دریافت نسخه، شما می توانید یک ذخیره بلند مدت (که "ذخیره تمدید شده" هم نامیده می شود) را دریافت کنید. عرضه بلندمدت، یک عرضه 100 روزه برای داروهای رده 1 و عرضه 90 روزه برای داروهای رده 2، 3 و 4 می باشد. هزینه آن برای شما با هزینه داروی یک ماه یکسان است.

جهت اطلاع از جزئیات این که کجا و چگونه می توانید یک ذخیره بلند مدت از یک دارو را تأمین کنید، به **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضا خود یا فهرست ارائه دهنده و داروخانه طرح ما 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 سهم بیمار بپردازید. اگر هزینه های داروهای تحت پوشش از میزان پرداخت مشترک کمتر باشد، شما آن هزینه کمتر را پرداخت می کنید.

برای اطلاع از مبلغ تعرفه سهم بیمار برای هر داروی تحت پوشش، با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

سهم پرداختی شما هنگامی که برای یک ماه 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 بیمه ما	یک داروخانه عضو شبکه	
تا یک عرضه حداکثر 30 روزه پوشش به موارد خاصی محدود می شود. برای جزئیات به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.	تا یک عرضه حداکثر 31 روزه	یک عرضه یک ماهه یا تا 30 روز	یک عرضه یک ماهه یا تا 30 روز	
0\$				سهم پرداخت بیمار رده دارویی 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)
پرداخت مشارکتی شما به سطح Extra Help ی که دریافت می کنید بستگی دارد: 0\$ دلار، 1.45\$ یا 4.15\$ دلار				سهم پرداخت بیمار رده دارویی 2 (داروهای ژنریک)
پرداخت مشارکتی شما به سطح Extra Help ی که دریافت می کنید بستگی دارد: 0\$ دلار، 4.30\$ دلار یا 10.35\$ دلار				سهم پرداخت بیمار رده دارویی 3 (داروهای دارای نام تجاری ترجیحی)
پرداخت مشارکتی شما به سطح Extra Help ی که دریافت می کنید بستگی دارد: 0\$ دلار، 4.30\$ دلار یا 10.35\$ دلار				سهم پرداخت بیمار رده دارویی 4 (داروهای غیر ترجیحی)
پرداخت مشارکتی شما به سطح Extra Help ی که دریافت می کنید بستگی دارد: 0\$ دلار، 4.30\$ دلار یا 10.35\$ دلار				سهم پرداخت بیمار رده دارویی 5 (داروهای سطح تخصصی)

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.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله اولیه پوشش زمانی به پایان می رسد که هزینه کل مخارج پرداخت شده از جیب شما به \$7400 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.

گزارش های شرح مزایا (EOB) به شما کمک می کند 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 \$7 400 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 \$7,400 می رسید، مرحله پوشش بحرانی شروع می شود. پس از ورود به این مرحله، شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی می مانید. در این مرحله، کلیه هزینه داروهای Medicare شما توسط طرح بیمه ما پرداخت خواهد شد.

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

در بعضی موارد، شما برای تأمین یک ذخیره یک ماهه از یک داروی تحت پوشش تعرفه سهم بیمار 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 برای مصرف یک ماه کامل برای تهیه برخی از داروهای خاص هزینه ای پرداخت نمی 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 می شود. ما مبلغ پرداختی شما را به صورت مصرف روزانه دارو ("نرخ تقسیم هزینه روزانه") ضربدر تعداد روزهایی که آن دارو را دریافت می کنید محاسبه می کنیم.

- به عنوان مثال: فرض کنیم که تعرفه سهم بیمار شما برای داروی یک ماه کامل (یک ذخیره 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 دلار در روز ضرب در 7 روز، و در کل پرداخت کمتر از \$0.35 دلار می باشد.

- تقسیم هزینه 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.

- همچنین می توانید از ارائه دهنده خود درخواستی کنید تا کمتر از مقدار تأمین ماهیانه دارو برایتان تجویز کند تا کمک کند:

- 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 هم پرداختی برای داروهای نسخه ای برای افراد مبتلا به ایدز/اچ آی وی

G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)

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

G2. اگر شما در ADAP ثبت نام نکرده اید

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

G3. اگر شما در ADAP ثبت نام کرده اید

ADAP می تواند به ارائه کمک تقسیم 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، 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 ثبت نام و/یا کارمند ثبت نام ADAP، با شماره تلفن 1-844-421-7050 تماس گرفته یا وب سایت فوق را ببینید.

H. واکسیناسیون

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن می پردازید - طرح ما اکثر واکسن های بخش D را پوشش می دهد، بدون هیچ هزینه ای برای شما. برای اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتری تماس بگیرید.

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 در صورتی که قصد واکسیناسیون دارید با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید.

- ما می توانیم به شما بگوییم که چگونه طرح ما واکسیناسیون شما را پوشش داده و سهم شما از هزینه را توضیح می دهیم.



- ما می توانیم به شما بگوئیم که چگونه می توانید با استفاده از داروخانه ها و ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه هزینه های خود را کاهش دهید. داروخانه های شبکه و ارائه دهندگان موافقت می کنند که با طرح ما کار کنند. یک ارائه دهنده شبکه با ما کار می کند تا مطمئن شود که هیچ هزینه ای برای واکسن بخش D ندارید.

H2. آنچه شما برای واکسن های تحت پوشش بخش D از 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 **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضاء** خود 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 ما پیدا کنید. شما ممکن است مجبور باشید برای واکسن های بخش D از Medicare تعرفه سهم بیمار پرداخت کنید.

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

1. شما واکسن Medicare بخش D و واکسن خود را در یک داروخانه شبکه دریافت می کنید.

- شما مبلغی بابت یک تعرفه سهم بیمار برای واکسن پرداخت می کنید.

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

- شما مبلغی بابت یک تعرفه سهم بیمار برای واکسن به پزشک پرداخت می کنید.
- بیمه ما هزینه تزریق آن واکسن را پرداخت می کند.
- 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 سهم بیمار پرداخت کنید.

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

- شما مبلغی بابت یک تعرفه سهم بیمار برای واکسن پرداخت می کنید.
- بیمه ما هزینه تزریق آن واکسن را پرداخت می کند.



فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورت حسابی که شما برای خدمات و داروهای تحت پوشش تان دریافت کرده اید

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 شما آمده است.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما 148
- B. ارسال درخواست پرداخت برای ما 150
- C. تصمیم گیری ها درباره میزان پوشش 151
- D. تجدید نظر ها 151



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

ارائه دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش شما، صورت حساب را برای طرح سلامتی بفرستند. یک شبکه با طرح سلامت کار می کند. اگر شما صورت حسابی برای هزینه کل خدمات درمانی یا داروهای خود دریافت کردید، آن را پرداخت نکنید و برای ما بفرستید. برای ارسال صورت حساب به ما به بخش B مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار دهیم، ما هزینه آنها را مستقیماً به خود ارائه دهنده پرداخت می کنیم.
 - اگر خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار دهیم 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 یا داروها را پوشش ندهیم، ما به شما اطلاع خواهیم داد.
 - اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با مرکز مراقبت مشتری یا هماهنگ کننده مراقبتی خود تماس بگیرید. چنانچه 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 به فصل 3، بخش D4، صفحه 41 مراجعه کنید.

از ارائه کننده خدمات بخواهید که صورت حساب 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 کردید، ما بررسی خواهیم کرد که بدهی شما چه قدر است و آن را بابت سهم خود از هزینه به شما بازپرداخت خواهیم کرد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های خارج از شبکه به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

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، کارت طرح خود را نشان دهید. صدور صورت حساب غیر صحیح یا نامناسب هنگامی اتفاق می افتد که



یک ارائه دهنده خدمات (مانند یک پزشک یا بیمارستان) صورت حسابی بیش از سهم تقسیم هزینه ما برای خدمات برای شما صادر می کند. اگر صورت حسابی دریافت کرده اید با مراقبت مشتری تماس بگیرید. صورت حساب را پرداخت نکنید.

- به عنوان یک عضو طرح، فقط زمانی که خدماتی را که ما پوشش می دهیم دریافت می کنید، مبلغ پرداخت مشترک را پرداخت می 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. حتی اگر ما تصمیم بگیریم که برخی هزینه ها را پرداخت نکنیم، شما هنوز 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 کردید، 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 طرح بیمه ما طلب دارید را به شما باز پرداخت 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، هزینه کامل نسخه خود را پرداخت می کنید.

- فقط در موارد محدودی، 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.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های خارج از شبکه به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

4. هنگامی که به دلیل نداشتن طرح بیمه خود ناچار به پرداخت هزینه کامل نسخه خود می شوید

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

- چنانچه داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه نسخه کامل را خودتان بپردازید یا با کارت شناسایی طرحتان به داروخانه بازگردید.
- به هنگام درخواست از ما برای بازپرداخت سهم خود از هزینه به شما، رونوشت صورت حساب خود را برای ما بفرستید.

5. زمانی که هزینه کامل نسخه داروهایی که تحت پوشش نیستند را خودتان پرداخت می کنید

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

- این دارو ممکن است در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) ما در وب سایت ما نباشد، یا یک الزام یا محدودیتی ممکن است داشته باشد که شما از آن مطلع نبودید یا فکر نمی کردید که شامل حال شما شود. اگر تصمیم بگیرید چنین دارویی تهیه کنید، ممکن است لازم شود هزینه کامل 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 فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء 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 فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید).

● به هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود از هزینه نسخه رسید آن را هم برایمان بفرستید. در برخی موارد، ممکن است ما نیاز به دریافت اطلاعات بیشتری از پزشک شما یا دیگر تجویزکننده داشته باشیم تا سهم خود را از هزینه دارو به شما بازپرداخت کنیم.

هنگامی که برای ما درخواست پرداختی ارسال می کنید، ما آن 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. چنانچه تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، سهم خود را از هزینه آن می پردازیم.

اگر درخواست شما را برای پرداخت رد کنیم، می توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. جهت آگاهی نحوه درخواست تجدیدنظر به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست پرداخت برای ما

صورت حساب و مدرک اثبات پرداخت خود را 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 رسید های خود برای داشتن سوابق تان کپی بگیرید. می توانید از هماهنگ کننده مراقبت خود کمک بخواهید.

برای کسب اطمینان از اینکه همه اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری را به ما می دهید، می توانید فرم مطالبه ما را برای درخواست پرداخت پر کنید.

● نیازی به استفاده از فرم نیست، اما این کار به ما کمک می کند اطلاعات را سریعتر پردازش کنیم.

● می توانید نسخه ای از این فرم را از وبسایت ما به نشانی (blueshieldca.com) 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 به نشانی زیر بفرستید:

مطالبات پزشکی:

Blue Shield TotalDual Plan

Medicare Customer Care

P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

مطالبات داروی نسخه دار:

Blue Shield of California

P.O. Box 52066

Phoenix, AZ 85072-20

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

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



C. تصمیم گیری ها درباره میزان پوشش

پس از دریافت درخواست شما برای انجام یک پرداخت، ما در زمینه تعیین پوشش تصمیم گیری می کنیم. این بدان معناست که ما تصمیم می گیریم که آیا طرح ما خدمات، اقلام یا داروی شما را پوشش می دهد یا خیر. ما همچنین، در صورت وجود، درباره مبلغی که شما باید پرداخت کنید تصمیم خواهیم گرفت.

- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با شما تماس می گیریم.
- اگر به این نتیجه برسیم که طرح ما خدمات، اقلام یا دارو را پوشش می دهد و شما تمام قوانین دریافت آن را رعایت کرده اید، ما سهم خود را از هزینه آن پرداخت می کنیم. اگر از پیش برای خدمات یا داروی مربوطه هزینه پرداختید، ما یک چک بابت سهم خود از هزینه آن برای شما ارسال خواهیم کرد. چنانچه پرداخت نکرده اید، مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت می کنیم.
- مقررات پوشش دادن خدمات دریافتی شما در **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضاء شما** شرح داده شده است. **فصل 5 کتابچه راهنمای اعضاء شما** توضیحی درباره قوانین مربوط به داروهای تجویز شده بخش D از Medicare شما می دهد.
- اگر تصمیم ما برای پرداخت سهم خود از هزینه خدمات یا دارو منفی باشد، نامه ای با ذکر دلایل برای شما ارسال می کنیم. این نامه همچنین حاوی حقوق شما برای درخواست تجدید نظر می باشد.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات مربوط به پوشش به 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. شما همچنین می توانید در صورت عدم موافقت درباره مبلغی که ما پرداخت می کنیم درخواست تجدیدنظر کنید.

فرآیند تجدید نظر رسمی دارای مراحل و مهلت های دقیقی است. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظر به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود** مراجعه کنید:

- جهت درخواست تجدید نظر در مورد بازپرداخت هزینه برای خدمات مراقبت بهداشتی، به **بخش F** مراجعه کنید.
- جهت درخواست تجدیدنظر در مورد بازپرداخت هزینه برای دارو، به **بخش G** 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 شما آمده است.

فهرست مطالب

- A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه ای که پاسخگوی نیازمندی های شما باشد 153
- B. مسئولیت ما جهت دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش 154
- C. مسئولیت ما برای محافظت از اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما 155
- C1. ما چگونه از PHI شما محافظت می کنیم 155
- C2. حق شماست که مدارک پزشکی خود را ببینید 156
- D. مسئولیت ما ارائه اطلاعات به شماست 156
- E. ارائه دهندگان خدمات شبکه نمی توانند مستقیماً برای شما صورت حساب بفرستند 157
- F. حق شما برای انصراف از عضویت در طرح بیمه ما 158
- G. حق شما برای تصمیم گرفتن درباره خدمات درمانی خود 158
- G1. حق شما برای اطلاع از انتخابهای موجود درباره درمان خود و تصمیم گیری 158
- G2. شما حق دارید که بگویید می خواهید چه چیزی اتفاق بیفتد 159
- G3. در صورتی که از دستورالعمل های شما پیروی نشود چه باید کرد 160
- H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در مورد تصمیماتمان 160
- H1. در خصوص رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید 160
- I. مسئولیت های شما به عنوان یک عضو طرح 161



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

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات از نظر فرهنگی شایسته و قابل دسترس به شما ارائه می شود. ما باید همچنین درباره مزایای طرح مان 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. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخگویی به سوالات به زبان های مختلف است.

- طرح ما همچنین می تواند اطلاعات مورد نیاز شما را به زبان های غیر از انگلیسی و به فرمت های گوناگون شامل چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا فرمت های جایگزین در اختیار شما قرار دهد. کتابچه راهنمای اعضا 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. برای دریافت کپی در یکی از این قالب های جایگزین، لطفاً با

شماره زیر تماس بگیرید یا برای ما بنویسید: Blue Shield of California Civil Rights Coordinator, P.O. Box 629007, El Dorado Hills, CA 95762-9007, (844) 696-6070
BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com (TTY: 711).

- 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 TotalDual Plan تماس بگیرید.

- با مراقبت مشتریان طرح Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید تا آنها زبان و فرمت ترجیحی شما را برای ارتباطات آینده بایگانی کنند. جهت به روزرسانی تنظیم برگزیده خود، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.

چنانچه کسب اطلاعات از طرح بیمه ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی برای شما دشوار است و می خواهید یک شکایت کنید، با این شماره تماس بگیرید:

- با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE می توانید به این شماره ها هر شبانه روز، 7 روز هفته، به رایگان تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- اداره حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.



B. مسئولیت ما جهت دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش

شما به عنوان عضوی از طرح ما از حقوقی برخوردار هستید.

- شما از این حق برخوردار هستید که در شبکه ما یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) انتخاب کنید. یک ارائه دهنده خدمات شبکه ارائه دهنده خدماتی است که با ما همکاری می کند. شما می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد انواع ارائه دهندگان که به عنوان PCP عمل می کنند و نحوه انتخاب PCP در **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضاء** خود پیدا کنید.
 - برای اطلاعات بیشتر درباره این که آیا پزشکان بیماران جدید می پذیرند با مراقبت مشتری تماس گرفته یا به فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه ها مراجعه کنید.
- خانم ها این حق را دارند که بدون نیاز به ارجاع به متخصص سلامت زنان مراجعه کنند. ارجاع، تأییدیه PCP شما برای استفاده از ارائه دهنده ای است که PCP شما نیست.
- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات تحت پوشش ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه را در مدت زمان قابل قبولی دریافت کنید.
 - این مورد شامل سرویس تحت پوشش متخصصین هم می شود.
 - اگر شما نتوانید در مدت زمان معقولی خدمات دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- 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 کسب اطلاعات از ارائه دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضاء** خود مراجعه کنید.
- 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 **فصل 1 کتابچه راهنمای اعضاء** خود مراجعه کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ کننده مراقبت خود تصمیمات مربوط به مراقبت های بهداشتی خود را اتخاذ کنید.

در **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء** شما 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. 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 برای محافظت از اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما

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

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

شما حق دسترسی به اطلاعات خود و کنترل نحوه استفاده از PHI خود را دارید. ما به شما یک اعلانی کتبی می دهیم که به شما حقوق شما را شرح و چگونگی محرمانه نگه داشتن PHI شما را توضیح می دهد. این نامه "اطلاعیه حفظ حریم شخصی" نامیده می شود.

اعضایی که ممکن است با دریافت خدمات حساس موافقت کنند، ملزم به دریافت مجوز هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارائه درخواست مطالبه ای برای خدمات حساس نیستند. Blue Shield TotalDual Plan ارتباطات مربوط به سرویس های حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن تعیین شده جایگزین یک عضو یا در صورت عدم وجود یک شخص برای این منظور، به نام عضو در آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده هدایت می کند. Blue Shield TotalDual Plan اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت، برای هیچ عضو دیگری فاش نخواهد کرد. Blue Shield TotalDual Plan درخواست های ارتباط محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به راحتی در فرم و قالب درخواستی یا در مکان های جایگزین قابل تولید باشد، پاسخ می دهد. تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه ندهد درخواست عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به سرویس های حساس معتبر خواهد بود.

1. به blueshieldca.com بروید و روی لینک حریم خصوصی در پایین صفحه اصلی کلیک کنید و یک نسخه از آن را چاپ کنید
2. جهت درخواست کپی، با شماره تلفن مراقبت از مشتری در کارت شناسایی عضویت Blue Shield خود تماس بگیرید.
3. از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 3 بعدازظهر با شماره رایگان 1-800-808-266 (888) با دفتر حریم خصوصی Blue Shield of California تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
4. به ما ایمیل بزنید: privacy@blueshieldca.com.

C1. ما چگونه از PHI شما محافظت می کنیم

ما باید اطمینان حاصل کنیم که هیچ فرد غیرمجازی سوابق شما را مشاهده نکرده یا تغییر ندهند.

به جز موارد ذکر شده در زیر، 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، ابتدا باید از شما اجازه کتبی بگیریم. شما یا فردی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم گیری برای شما است، می توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. این موارد طبق قانون، مجاز یا لازم الاجرا هستند.

- ما برای بررسی کیفیت مراقبت از طرح خود، باید PHI را در اختیار سازمان های دولتی قرار دهیم.
- ما باید در صورت دریافت حکم دادگاه، PHI شما را افشا کنیم.
- ما باید PHI شما را به Medicare ارائه دهیم. اگر Medicare برای تحقیقات یا موارد دیگر PHI شما را فاش کند، طبق قوانین فدرال این کار را انجام می دهند.
- ما باید PHI Medi-Cal شما را به صورت زیر ارائه کنیم:

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- کمک به مدیریت درمانی که دریافت می‌کنید
- اداره سازمان ما
- پرداخت هزینه خدمات درمانی شما
- اجرای طرح سلامت شما
- کمک به سلامت عمومی و مسائل ایمنی
- انجام تحقیقات
- تبعیت از قانون
- پاسخ به درخواست‌های اهدای عضو و بافت و همکاری با بازرس پزشکی یا مدیر مراسم تدفین
- رسیدگی به درخواست‌های غرامت کارگران، پلیس و سایر درخواست‌های دولتی‌پاسخ به دادخواست‌های حقوقی و اقدام قانونی

C2. حق شماست که مدارک پزشکی خود را ببینید

- شما از این حق برخوردار هستید که سوابق پزشکی خود را ببینید و نسخه ای از آن را برای خود نگه دارید.
 - 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 می‌کنیم تا تصمیم بگیریم که آیا باید تغییری ایجاد شود یا خیر.
 - شما حق دارید بدانید که آیا ما PHI شما را با دیگران به اشتراک گذاشته‌ایم یا خیر و چگونه.
- اگر درباره محرمانه نگه داشتن PHI خود هر گونه پرسش یا نگرانی دارید، با مراقبت از مشتری تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما ارائه اطلاعات به شماست

شما به عنوان یکی از اعضاء طرح بیمه ما این حق را دارید که در مورد طرح ما، ارائه دهندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش خود اطلاعاتی از ما دریافت کنید.

چنانچه انگلیسی بلد نیستید، ما خدمات مترجمی برای پاسخگویی به سوالات شما در خصوص طرح خود داریم. برای داشتن مترجم شفاهی، فقط کافی است با شماره تلفن (711: TY) 452-4413 (800) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. کتابچه راهنمای اعضا و دیگر اطلاعات با اهمیت، به زبانهای غیر از انگلیسی در دسترس می‌باشند. همچنین می‌توان 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 می‌توانیم اطلاعات را به خط بریل، چاپ بزرگ تر و یا قالب صوتی هم به شما ارائه دهیم. ما موظفیم که اطلاعاتی در مورد مزایای طرح در فرمتی که برای شما در دسترس و مناسب است به شما ارائه دهیم. جهت دریافت اطلاعات از ما به روشی که برای شما مناسب باشد، لطفاً با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید



- چگونگی انتخاب یا تغییر طرح ها
- طرح ما، از جمله:
 - اطلاعات مالی
 - چگونه اعضای طرح به ما امتیاز داده اند
 - تعداد درخواست های تجدید نظر اعضاء
 - روش ترک طرح بیمه ما
- ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شبکه، شامل موارد زیر:
 - روش انتخاب یا تغییر پزشکان 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 (به فصول 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید) و داروهای (به فصول 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید) تحت پوشش طرح ما
 - 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 (به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، 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 اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه دهنده صورتحساب کرده است بپردازیم، آن ها نمی توانند ما به التفاوت را صورتحساب کنند یا از شما هزینه بگیرند. 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 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید



F. حق شما برای انصراف از عضویت در طرح بیمه 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 سایر طرح های Medicare Advantage دریافت کنید.
- شما می توانید مزایای داروهای تجویز شده بخش D از Medicare را از یک طرح داروهای تجویزی یا سایر طرح های Medicare Advantage دریافت کنید.
- به فصل 10 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید:
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می توانید به یک برنامه Medicare Advantage یا داروهای تجویزی جدید بپیوندید.
 - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک طرح ما.

G. حق شما برای تصمیم گرفتن درباره خدمات درمانی خود

شما از این حق برخوردار هستید که اطلاعات کاملی درباره پزشکان و دیگر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خود داشته باشید تا به شما در تصمیم گیری در مورد مراقبت های بهداشتی کمک کنند.

G1. حق شما برای اطلاع از انتخابهای موجود درباره درمان خود و تصمیم گیری

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 گزینه های درمانی مختلف 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، ما باید از پیش به شما اطلاع دهیم. 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 درباره درمان از پزشک دیگری نیز استفاده کنید.
- **نه بگویید.** شما از این حق برخوردار هستید که هر درمانی را نپذیرید. 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 مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید. اگر درمان خاصی را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده ای را متوقف کنید، ما شما را از طرح درمانی مان محروم نخواهیم کرد. 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.** چنانچه ارائه دهنده، مراقبتی را که فکر می کنید باید دریافت کنید، رد کند، حق دارید از ما توضیحی دریافت کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- از ما بخواهید که خدمات یا دارویی را که رد کرده ایم یا معمولاً پوشش نمی دهیم، پوشش دهیم. به این فرآیند اتخاذ تصمیم درباره پوشش دادن گفته می شود. **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء شما** چگونگی درخواست برای تصمیم گیری درخصوص میزان پوشش را شرح می دهد.

G2. شما حق دارید که بگویید می خواهید چه چیزی اتفاق بیفتد

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 می دهد 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، از جمله مراقبت هایی که نمی خواهید، چگونه می خواهید در اینباره عمل کنند.
- مدرک حقوقی که در آن دستورالعمل های خود را می دهید "دستورالعمل پیشرفته" 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 نیازی به داشتن یک دستورالعمل پیشرفته ندارید، اما می توانید داشته باشید. اگر می خواهید از دستورالعمل پیشرفته استفاده کنید، در اینجا باید چه کاری انجام دهید:

- **تهیه فرم.** شما می توانید این فرم را از پزشک خود، یک وکیل، بنگاه خدمات حقوقی، یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. داروخانه ها و دفاتر ارائه دهندگان اغلب فرم ها را دارند. شما می توانید یک فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا کرده و آن را دانلود کنید. شما همچنین می توانید برای درخواست فرم با مراقبت مشتری تماس بگیرید.
- **فرم را پر کنید و آن را امضا کنید.** این فرم یک مدرک حقوقی است. شما باید در نظر داشته باشید که یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP شما، در تکمیل آن به شما کمک کند.
- **کپی ها را به افرادی که نیاز به دانستن دارند بدهید.** باید یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. شما همچنین یک کپی را به شخصی که نام می برید باید بدهید تا برای شما تصمیم بگیرد. ممکن است بخواهید به دوستان نزدیک و اعضای خانواده خود یک نسخه از آن را بدهید. یک نسخه را در خانه نگه دارید.
- **یک کپی را در خانه نگه دارید.** اگر در بیمارستان بستری هستید و دستورالعمل پیشرفته امضا شده ای دارید، یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.
 - در بیمارستان از شما خواهند پرسید که آیا فرم دستورالعمل پیشرفته امضا شده ای دارید و آیا آن را همراه خود دارید یا خیر.
 - اگر فرم دستورالعمل پیشرفته امضا شده ای ندارید، بیمارستان این فرم را دارد و از شما خواهند پرسید که آیا می خواهید یکی را امضا کنید.

شما از این حقوق برخوردار هستید:

- دستورالعمل پیشرفته خود را در سوابق پزشکی تان قرار دهید.
- دستورالعمل پیشرفته خود را در هر زمانی تغییر داده یا باطل کنید.



- از تغییرات قوانین مربوط به دستورالعمل پیشرفته آگاه شوید. Blue Shield TotalDual Plan حداکثر ظرف مدت 90 روز پس از اعمال تغییر، شما را در جریان تغییرات قوانین ایالتی قرار خواهد داد.

داشتن دستورالعمل پیشرفته انتخاب شماست. برای اطلاعات بیشتر با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

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

اگر دستورالعمل پیشرفته ای را امضا کرده اید و فکر می کنید پزشک یا بیمارستان دستورالعمل های موجود در آن را رعایت نکرده است، می توانید به Livanta (سازمان بهبود کیفیت کالیفرنیا) شکایت کنید به شماره (877) 588-1123 (TTY: BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, 887-6668 (855) یا مکاتبه کنید: Annapolis Junction, MD 20701).

H. حق شما برای شکایت کردن و درخواست از ما برای تجدید نظر در مورد تصمیماتمان

در فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء شما 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 کرده، یا شکایت کنید.

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

H1. در خصوص رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید

چنانچه فکر می کنید که ما با شما عادلانه رفتار نکرده ایم – و این مربوط به تبعیض به دلایل ذکر شده در فصل 11 کتابچه راهنمای اعضاء شما نیست – یا می خواهید اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود داشته باشید، می توانید تماس بگیرید:

- با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید.
- برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP) به شماره (TTY: 711) 1-800-434-0222 (800) . برای جزئیات بیشتر در خصوص HICAP، به فصل 2، بخش E مراجعه کنید.
- برنامه بازرسان به شماره 1-888-452-8609 برای جزئیات بیشتر درباره این برنامه، به فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
- با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، 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 "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).

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



۱. مسئولیت های شما به عنوان یک عضو طرح

به عنوان یک عضو طرح، شما وظیفه دارید موارد فهرست شده در زیر را انجام دهید. اگر پرسشی دارید، با مراقبت مشتری تماس بگیرید.

- **کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید** تا بدانید طرح ما چه مواردی را پوشش می دهد و قوانینی را که برای بهره مند شدن از پوشش خدمات و داروها باید رعایت کنید. برای کسب جزئیات درباره:
 - خدمات تحت پوشش، به **فصل 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضاء خود** 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 کتابچه راهنمای اعضاء خود** رجوع کنید.
- **اگر بیمه پوشش درمانی و دارویی دیگری دارید** به ما اطلاع دهید. ما باید مطمئن شویم که شما از همه گزینه های تحت پوشش بیمه درمانی به هنگام دریافت خدمات درمانی خود استفاده می کنید. چنانچه پوشش دیگری دارید با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید.
- **به پزشک خود و دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامتی بگویید** که عضو طرح ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا دارو کارت عضویت بیمه 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 در خصوص 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 تمام دارو هایی که مصرف می کنید مطلع باشند. این شامل دارو های تجویزی، دارو های بدون نسخه، ویتامین ها، و دارو های کمکی می شود.
 - هر سوالی دارید 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 نمی شوید، دوباره بپرسید.
- **با هماهنگ کننده مراقبت خود کار کنید** از جمله تکمیل یک ارزیابی سالانه ریسک سلامتی.
- **با ملاحظه رفتار کنید.** ما انتظار داریم همه اعضای طرح به حقوق دیگران احترام بگذارند. همچنین از شما انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان ها، و سایر ارائه دهندگان رفتار محترمانه ای داشته باشید.
- **در خصوص هر گونه خدماتی که خارج از طرح ما دریافت می کنید به ما بگویید.**
- **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 الف Medicare و بخش ب Medicare. برای اکثر اعضای طرح، Medi-Cal حق بیمه بخش A و حق بیمه بخش B شما را می پردازد.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- برای دریافت برخی از خدمات یا حمایت های طولانی مدت شما یا داروهایی که طرح ما پوشش می دهد، لازم است که در زمان دریافت خدمات یا دارو، سهم خود را پرداخت نمایید.
- در صورت نقل مکان به ما اطلاع دهید. اگر قصد نقل مکان دارید، فوراً به ما اطلاع دهید. با بخش مراقبت از مشتری تماس بگیرید.
- چنانچه به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی توانید در طرح ما بمانید. فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند در این طرح عضو شوند. فصل 1 از کتابچه راهنمای اعضاء شما درباره منطقه خدمات ما به شما می گوید.
- ما می توانیم به شما کمک کنیم بفهمید که آیا خارج از حوزه تحت پوشش ما نقل مکان می کنید. ما می توانیم به شما بگوییم که آیا در منطقه جدید شما طرحی داریم.
- هنگام نقل مکان به Medicare و Medi-Cal آدرس جدید خود را بگویید. برای شماره تلفن های Medicare و Medi-Cal به فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
- اگر نقل مکان کنید و در منطقه خدمات ما بمانید، باز هم باید به ما اطلاع دهید. ما باید سوابق عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
- چنانچه شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای ارتباط با شما وجود دارد، به ما بگویید.
- اگر پرسش یا مشکلی دارید برای کمک گرفتن با مراقبت مشتریان 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 نمی پردازد.
 - با تصمیمی که طرح شما درباره مراقبت های تان گرفته است موافق نیستید.
 - به نظر شما خدمات تحت پوشش شما زودتر از موقع باطل می شود.
 - شما مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و پشتیبانی های بلندمدت خود دارید، که شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر اجتماع (CBAS) و خدمات تسهیلات پرستاری (NF) می شود.
- این فصل در بخش های مختلف می باشد که بتوانید به سادگی مطالب مورد نظر خود را بیابید. اگر دشواری یا نگرانی دارید، بخش هایی از این فصل را که به شرایط شما مربوط می شود، بخوانید.

شما باید آندسته مراقبت های 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 مشکلی در مراقبت خود دارید، می توانید با برنامه بازرسان Cal MediConnect با شماره 1-888-452-8609 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 برنامه بازرسان تماس بگیرید. جهت دریافت منابع اضافی برای رسیدگی به نگرانی های خود و راه های ارتباطی برای آنها، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. در صورت داشتن مشکل یا نگرانی چه باید کرد	165
A1. درباره اصطلاحات حقوقی	165
B. از کجا کمک بگیریم	166
B1. جهت اطلاعات و کمک بیشتر	166
C. درک شکایات و درخواست های Medicare و Medi-Cal در طرح ما	168
D. مشکلات مربوط به مزایای شما	168
E. تصمیم گیری ها درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر	168



168	E1. تصمیم گیری ها درباره میزان پوشش
169	E2. تجدید نظر ها
169	E3. کمک در رابطه با تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر
170	E4. چه بخشی از این فصل می تواند برای شما مفید باشد
171	F. مراقبت پزشکی
171	F1. استفاده از این بخش
172	F2. درخواست تصمیم درباره پوشش
174	F3. درخواست تجدید نظر مرحله 1
177	F4. درخواست تجدید نظر مرحله 2
182	F5. مشکلات در زمینه پرداخت
184	G. داروهای نسخه ای Medicare بخش D
184	G1. بخش D تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر
185	G2. استثنای بخش D
187	G3. اطلاعات مهم در رابطه با یک درخواست استثناء قائل شدن
187	G4. درخواست تصمیم درباره پوشش، از جمله استثناء
190	G5. درخواست تجدید نظر مرحله 1
192	G6. درخواست تجدید نظر مرحله 2
193	H. درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان
194	H1. کسب اطلاع در زمینه حقوق Medicare خود
195	H2. درخواست تجدید نظر مرحله 1
197	H3. درخواست تجدید نظر مرحله 2
198	H4. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1
199	H5. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2
199	I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی



101. اعلان قبلی قبل از پایان پوشش شما	200
102. درخواست تجدید نظر مرحله 1	200
103. درخواست تجدید نظر مرحله 2	202
104. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1	203
105. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2	204
J. درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2	204
J1. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medicare	204
J2. درخواست تجدید نظر اضافی Medi-Cal	206
J3. مراحل 3، 4 و 5 درخواست تجدیدنظر برای درخواست های داروی بخش D	206
K. چگونه شکایت کنیم	208
K1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد	208
K2. شکایت های داخلی	210
K3. شکایت های خارجی	211

A. در صورت داشتن مشکل یا نگرانی چه باید کرد

در این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی ها توضیح داده شده است. فرآیندی که شما استفاده می کنید بستگی به نوع مشکل شما دارد. از یک فرآیند برای تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر و دیگری برای شکایت استفاده کنید که به آن دادخواهی نیز می گویند.

برای اطمینان از منصفانه و سریع بودن، هر فرآیند دارای مجموعه ای از قوانین، رویه ها و مهلت هایی است که ما و شما باید آنها را دنبال کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل برای برخی از قوانین و مهلت ها، اصطلاحات قانونی وجود دارد. فهم بسیاری از این اصطلاحات می تواند دشوار باشد، بنابراین در صورت امکان از کلمات ساده تری به جای اصطلاحات قانونی خاص استفاده می کنیم. تا حد امکان از استفاده از مخفف خودداری کرده ایم.

به طور مثال، می گوییم:

- "شکایت کردن" به جای "تنظیم دادخواهی"



- "تصمیم گیری درباره میزان پوشش" به جای "تعیین تعرفه سازمانی" یا "تعیین تعرفه مزایا"، "تعیین تعرفه تحت ریسک"، یا "تعیین پوشش"
 - "تصمیم گیری سریع درباره میزان پوشش" به جای "تسريع تعیین تعرفه"
 - "سازمان بازبینی مستقل" به جای "نهاد بازنگری مستقل"
- دانستن اصطلاحات حقوقی شما را برای برقراری ارتباط بهتر یاری می دهد و به همین منظور این اصطلاحات نیز ذکر شده است.

B. از کجا کمک بگیریم

B1. جهت اطلاعات و کمک بیشتر

گاهی اوقات آغاز یا دنبال کردن روند حل مشکلات پیچیده است. این به خصوص اگر احساس خوبی نداشته باشید یا انرژی محدودی دارید می تواند صادق باشد. گاهی نیز ممکن است اطلاعات لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

کمک از برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت

می توانید به برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP همچنین می توانند به سوال های شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بفهمید در مورد مشکل خود چه کاری باید انجام دهید. 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.

کمک از اتحاد مصرف کنندگان سلامت

می توانید با اتحاد مصرف کنندگان سلامت تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش سلامت خود با یک حامی صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می دهند. اتحاد مصرف کنندگان سلامت با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. شماره تلفن آنها 1-888-804-3536 و وب سایت آنها www.healthconsumer.org است.

کمک و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و راهنمایی، می توانید با Medicare تماس بگیرید. دو راه برای کمک گرفتن از Medicare وجود دارد:

- به صورت شبانه روزی و در هفت روز هفته، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وبسایت Medicare مراجعه کنید (www.medicare.gov).



کمک و اطلاعات از Medi-Cal

آژانس‌های Medi-Cal (Medicaid) بر پایه کانتی (کالیفرنیا)		
کانتی شما	نام آژانس	تلفن
کانتی لس آنجلس	اداره خدمات اجتماعی عمومی	1-866-613-3777
کانتی سن دیگو	اداره بهداشت و آژانس خدمات انسانی	1-866-262-9881
وب سایت:		https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx

کمک از سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کالیفرنیا

سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کالیفرنیا (DHCS) بازرس مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal می‌تواند کمک کند. آنها می‌توانند در زمینه مشکلات مربوط به عضویت، تغییر، یا ترک برنامه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کمک کنند. همچنین اگر نقل مکان کرده اید و با انتقال Medi-Cal خود به استان جدید مشکل دارید، آنها می‌توانند به شما کمک کنند. شما می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با مسئول رسیدگی به شکایات به شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

کمک از California Department of Managed Health Care

برای دریافت راهنمایی رایگان با California Department of Managed Health Care تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر طرح‌های بیمه درمانی می‌باشد. DMHC به افرادی که در رابطه با درخواست تجدید نظر درباره خدمات Medi-Cal یا مشکلاتی با صورت حساب دارند کمک می‌کند. شماره تلفن تماس 1-888-466-2219 می‌باشد. افرادی ناشنوا، کم شنوا، یا دچار مشکل گفتاری هستند می‌توانند از شماره رایگان 1-877-688-9891، TDD تماس بگیرید.

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا مسئول تنظیم برنامه‌های خدمات درمانی است. اگر از طرح سلامت خود شکایت دارید، ابتدا باید از طریق شماره 1-800-452-4413 با طرح سلامت خود تماس بگیرید و قبل از تماس با بخش، از روند شکایت طرح سلامت خود استفاده کنید. استفاده از این روش شکایت، هیچ گونه حقوق قانونی بالقوه یا راه حلی را که ممکن است در دسترس شما باشد از شما نمی‌گیرد. اگر برای شکایتی که مربوط به یک وضعیت اورژانسی است، شکایتی که به طور رضایت بخشی توسط طرح سلامتی شما حل نشده است، یا شکایتی که بیش از 30 روز حل نشده مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای کمک با سازمان تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی پزشکی مستقل (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR هستید، فرآیند IMR یک بررسی بی‌طرفانه از تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط یک طرح بهداشتی مرتبط با ضرورت پزشکی یک خدمات یا درمان پیشنهادی، تصمیم‌های پوششی برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و اختلافات پرداختی را ارائه می‌کند. خدمات اورژانسی یا فوریت پزشکی این بخش همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط (1-877-688-9891) TDD برای افراد کم شنوا و دارای مشکل تکلم است. وب سایت اینترنتی این وزارتخانه www.dmhc.ca.gov دارای فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید



C. درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل در مورد تمامی مزایای Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شود. گاهی اوقات به این "فرآیند یکپارچه" گفته می‌شود چرا که فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات نمی‌توان فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با یکدیگر ترکیب کرد. در چنین شرایطی، شما از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. **بخش F4** این شرایط را توضیح می‌دهد.

D. مشکلات مربوط به مزایای شما

اگر دشواری یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را که به شرایط شما مربوط می‌شود، بخوانید. جدول زیر به شما کمک می‌کند بخش مناسب این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایای پوشش شما است؟	
این شامل مشکلاتی در خصوص اینکه آیا مراقبت‌های پزشکی خاص یا داروهای تجویزی تحت پوشش می‌باشند یا خیر، نحوه پوشش آنها و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی یا داروهای تجویزی است.	
بله. مشکل من در رابطه با مزایای پوشش بیمه ای نیست. به بخش E، "تصمیم‌گیری‌ها درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر" مراجعه کنید.	خیر. مشکل من در رابطه با مزایای پوشش بیمه ای نیست. به بخش K، "چگونه شکایت کنیم" مراجعه کنید.

E. تصمیم‌گیری‌ها درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر

روند درخواست برای یک تصمیم‌گیری در مورد میزان پوشش و برای یک درخواست تجدید نظر، به مشکلات مزایا و میزان پوشش شما ارتباط دارد. همچنین به مشکلات پرداختی هم می‌پردازد.

E1. تصمیم‌گیری‌ها درباره میزان پوشش

تصمیم پوشش یک تصمیم درباره مزایای و پوشش شما یا درباره مبلغی است که برای خدمات یا داروهای شما می‌پردازیم. هر زمان که تصمیم بگیریم چه چیزی برای شما تحت پوشش قرار می‌گیرد و چقدر پرداخت می‌کنیم، تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش می‌کنیم. مثلاً، پزشک شبکه شما هر زمان که از او مراقبت‌های پزشکی دریافت می‌کنید یا اگر شما را به یک متخصص پزشکی ارجاع می‌دهند، تصمیم درباره میزان پوشش مطلوب را برای شما اتخاذ می‌کند.



شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس گرفته و در خصوص یک تصمیم پوشش درخواست کنید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا اگر ممکن است از ارائه مراقبت های پزشکی که فکر می‌کنید به آن نیاز دارید خودداری کنیم. **چنانچه می‌خواهید بدانید که آیا ما قبل از دریافت خدمات پزشکی آن را پوشش می‌دهیم، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم گیری درباره میزان پوشش داشته باشیم.**

در بعضی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک خدمات یا دارو تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal قرار نگیرد یا دیگر تحت پوشش برای شما نباشد. اگر با این تصمیم گیری درباره میزان پوشش مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. تجدید نظر ها

اگر ما تصمیمی برای میزان پوشش می‌گیریم و شما از این تصمیم راضی نیستید، می‌توانید درخواست "تجدید نظر" برای تصمیم کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی و تغییر تصمیم پوششی است که ما اتخاذ کرده ایم.

هنگامی که برای اولین بار در خصوص یک تصمیم تجدید نظر می‌کنید، به آن تجدیدنظر مرحله 1 می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم میزان پوششی که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم تا ببینیم که آیا از همه قوانین به درستی پیروی کرده‌ایم یا نه. بازبینی‌کنندگانی متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما را رسیدگی می‌کنند.

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 اضطراری است یا تهدیدی جدی برای سلامت شماست یا اگر درد شدیدی دارید و نیازمند یک تصمیم فوری هستید، می‌توانید از اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده به آدرس www.dmhc.ca.gov درخواست بازنگری مستقل پزشکی کنید. برای اطلاعات بیشتر به صفحه 185 مراجعه کنید.

وقتی بازنگری کامل شود، تصمیم خود را به شما می‌دهیم. تحت شرایط خاصی، که بعداً در این فصل بخش F2 توضیح داده می‌شود، شما می‌توانید درخواست یک تصمیم سریع یا "تصمیم پوشش سریع" یا تجدید نظر سریع از یک تصمیم میزان پوشش دهید.

اگر به تمام یا بخشی از درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما نه بگوییم، می‌توانید به درخواست تجدیدنظر سطح 2 بروید. یک سازمان بازبینی مستقل که به ما متصل نیست، درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را انجام می‌دهد.

- در بعضی شرایط، پرونده شما به طور خودکار به سازمان بازبینی مستقل برای تجدید نظر مرحله 2 ارسال می‌شود. اگر این اتفاق بیفتد، ما به شما اطلاع می‌دهیم.
- در شرایط دیگر، شما باید درخواست تجدید نظر مرحله 2 را داشته باشید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مرحله 2 تجدید نظر به بخش F4 مراجعه کنید.

چنانچه از تصمیم تجدیدنظر مرحله 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید از مراحل اضافی تجدیدنظر عبور کنید.

E3. کمک در رابطه با تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر

شما می‌توانید از هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:



- **مراقبت مشتریان** در شماره های پایین صفحه.
- **برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP)** به شماره 1-800-434-0222
- **مرکز کمک در اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC)** برای کمک رایگان. DMHC مسئول نظارت بر طرح های بیمه درمانی می باشد. DMHC به افرادی که در رابطه با درخواست تجدید نظر درباره خدمات Medi-Cal یا مشکلاتی با صورت حساب دارند 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 بگیرند.
- **پزشک یا ارائه دهنده دیگر شما.** پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات شما می توانند از طرف شما درخواست یک تصمیم پوشش یا درخواست یک تجدید نظر را مطرح کنند.
- **یکی از دوستان یا اعضای خانواده.** می توانید از شخص دیگری درخواست کنید که بعنوان "نماینده" از جانب شما اقدام کرده و درخواست تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر کند.
- **یک وکیل.** شما حق داشتن یک وکیل دارید، اما برای درخواست تصمیم میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر، **نیازی به داشتن وکیل ندارید.**
 - 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 ارائه می دهند.
 - می توانید با استفاده از شماره تلفن 1-888-804-3536 از اتحاد مصرف کنندگان سلامت درخواست وکیل حقوقی کنید.
- اگر تمایل دارید یک وکیل یا شخص دیگری به عنوان نماینده شما فعالیت کند، فرم تعیین نماینده را پر کنید. این فرم به آن فرد اجازه می دهد که برای شما اقدام کند.
- با شماره های پایین صفحه با مراقبت مشتریان تماس بگیرید و فرم "انتصاب نماینده" را بخواهید. همچنین می توانید فرم را با مراجعه به نشانی زیر تهیه کنید
- www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. باید یک کپی از فرم امضاء شده را برای ما ارسال کنید.

E4. چه بخشی از این فصل می تواند برای شما مفید باشد

چهار وضعیت وجود دارد که شامل تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر می شود. هر یک از این موارد قوانین و مهلت مقرر خاص خود را دارد. ما جزئیات هر یک را در بخش جداگانه ای از این فصل آورده ایم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F، "مراقبت پزشکی"**
- **بخش G، "داروهای تجویزی Medicare بخش D"**
- **بخش H، "درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی تر در بیمارستان"**



- **بخش 1،** "درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی خاص (این بخش فقط در مورد این خدمات اعمال می شود: مراقبت های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری حرفه ای، و خدمات جامع توانبخشی سرپایی (CORF))."

اگر مطمئن نیستید که از کدام بخش استفاده کنید، با شماره های پایین صفحه با بخش خدمات مشتری تماس بگیرید. همچنین می توانید از سازمان های دولتی مانند برنامه کمک بیمه سلامت دولتی خود کمک یا اطلاعات دریافت کنید.

F. مراقبت پزشکی

این بخش توضیح می دهد که چنانچه در دریافت پوشش مراقبت های پزشکی مشکل دارید یا می خواهید سهم خود را از هزینه مراقبتان به شما باز پرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت ها و خدمات پزشکی بوده که در **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضاء شما توضیح داده شده است. ما به طور کلی در ادامه این بخش به "پوشش مراقبت های پزشکی" یا "مراقبت های پزشکی" اشاره می کنیم. اصطلاح "مراقبت های پزشکی" شامل خدمات و اقلام پزشکی و همچنین داروهای نسخه ای Medicare بخش B می شود که معمولاً داروهای هستند که توسط پزشک یا متخصص مراقبت بهداشتی شما تجویز می شوند. قوانین متفاوتی ممکن است در مورد داروهای نسخه ای بخش B اعمال شود. وقتی آنها اعمال می شوند، توضیح می دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای نسخه ای بخش B با قوانین خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می دهد که در هر یک از موقعیت های زیر چه کاری می توانید انجام داد:

1. شما فکر می کنید که ما خدمات و پشتیبانی های پزشکی 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. به **بخش F2** مراجعه کنید.
2. ما مراقبت های پزشکی را که پزشک شما یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می خواهند به شما ارائه دهند، تأیید نکردیم، و شما فکر می کنید که ما باید تأیید کنیم. آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. به **بخش F3** مراجعه کنید.
3. شما مراقبت پزشکی 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. به **بخش F5** مراجعه کنید.



4. شما مراقبت های پزشکی را که فکر می کردید ما پوشش می دهیم، دریافت کردید و هزینه آن را پرداخت کردید، و از ما می خواهید که به شما بازپرداخت کنیم.
- آنچه شما می توانید انجام دهید: می توانید از طرح درمانی خود بخواهید که به شما بازپرداخت کند. به بخش F5 مراجعه کنید.
5. ما پوشش شما را برای برخی مراقبت های پزشکی کاهش دادیم یا متوقف کردیم، و شما فکر می کنید تصمیم ما می تواند به سلامت شما آسیب برساند.
6. شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی توانید دکتری پیدا کنید.
- آنچه شما می توانید انجام دهید: شما می توانید در زمینه تصمیم ما مبنی بر کاهش یا توقف مراقبت پزشکی درخواست تجدیدنظر بدهید. به بخش F4 مراجعه کنید.
- اگر پوشش مربوط به مراقبت های بیمارستانی، مراقبت های خانگی، مراقبت در مرکز پرستاری حرفه ای، یا تسهیلات توانبخشی سرپایی (CORF) شما است، قوانین خاصی وجود دارد. برای اطلاعات بیشتر به بخش H یا بخش I مراجعه کنید.
- برای تمامی موقعیت های دیگر که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای مراقبت های پزشکی خاص است، از این بخش (بخش F) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.

F2. درخواست تصمیم درباره پوشش

هنگامی که یک تصمیم پوشش شامل مراقبت های پزشکی شما می شود، به آن "تعیین یکپارچه سازمان" می گویند.

شما، پزشک یا نمایندهتان می توانید از طریق راه های زیر از ما درخواست کنید تا در خصوص پوشش تصمیم بگیریم:

- تماس گرفتن: 711 TTY: 452-4413 (800).
- فکس کردن: 251-6671 (877).
- نوشتن: BlueShield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.

تصمیم پوشش استاندارد

Blue Shield TotalDual Plan در عرض 5 روز کاری از زمانی که Blue Shield TotalDual Plan اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری را دریافت می کند و حداکثر 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست Blue Shield TotalDual Plan، در مورد پیش تاییدیه های معمول تصمیم می گیرد. وقتی تصمیم خود را به شما می گوئیم، از مهلت های "استاندارد" استفاده می کنیم مگر اینکه با استفاده از مهلت های "سریع" موافقت کنیم. یک تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما در خصوص موارد زیر یک پاسخ به شما می دهیم:

- خدمات یا کالای پزشکی در عرض 5 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما.
- داروی نسخه ای Medicare بخش B در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



برای یک کالا یا خدمت پزشکی، اگر زمان بیشتری بخواهید یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفع شما باشد، می‌توانیم تا 14 روز تقویمی دیگر وقت بگذاریم (مثل سوابق پزشکی از ارائه دهندگان خارج از شبکه). چنانچه برای تصمیم‌گیری روزهای بیشتری وقت بگذاریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواست شما برای یک داروی نسخه‌ای Medicare بخش B باشد، نمی‌توانیم روزهای اضافی داشته باشیم.

اگر فکر می‌کنید که بیش از این نباید طول بکشد، می‌توانید درباره این تصمیم "شکایت سریع" ارائه کنید. اگر شکایت سریع ارائه کنید، ظرف 24 ساعت به شما پاسخ می‌دهیم. روند شکایت با فرآیند تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر متفاوت است. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.

تصمیم‌گیری سریع درباره میزان پوشش

اصطلاح حقوقی برای "تصمیم پوشش سریع" عبارت از "تعیین تسریع شده" می‌باشد.

هنگامی که از ما می‌خواهید درباره مراقبت‌های پزشکی شما تصمیمی برای پوشش اتخاذ کنیم و سلامتی شما نیازمند پاسخ سریع است، از ما بخواهید "تصمیم پوشش سریع" داشته باشیم. تصمیم پوشش سریع یعنی اینکه ما به شما پاسخی در موارد زیر خواهیم داد:

- خدمات یا کالای پزشکی در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.
 - داروی نسخه‌ای Medicare بخش B در عرض 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما.
- برای یک کالا یا خدمات پزشکی، می‌توانیم تا 14 روز تقویمی دیگر وقت بگذاریم اگر متوجه شویم که اطلاعاتی که ممکن است برای شما مفید باشد گم شده است (مثل سوابق پزشکی از ارائه دهندگان خارج از شبکه) یا اگر به زمان نیاز دارید تا به ما اطلاعاتی برای بررسی بدهید. چنانچه برای تصمیم‌گیری روزهای بیشتری وقت بگذاریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواست شما برای یک داروی نسخه‌ای Medicare بخش B باشد، نمی‌توانیم زمان اضافی داشته باشیم.

اگر فکر می‌کنید که نباید روزهای اضافی را برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش اختصاص دهیم، می‌توانید درباره این تصمیم "شکایت سریع" ارائه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید. به محض اینکه تصمیم گرفتیم با شما تماس خواهیم گرفت.

برای تصمیم پوشش سریع باید دو شرط را رعایت کنید:

- شما برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت نکرده اید پوشش می‌خواهید. شما نمی‌توانید در خصوص پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی که قبلاً دریافت کرده اید، درخواست یک تصمیم پوشش سریع داشته باشید.
 - استفاده از مهلت‌های استاندارد می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی وارد کند یا به توانایی عملکردی شما آسیب برساند.
- اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما نیازمند آن است، ما به طور خودکار به شما یک تصمیم پوشش سریع ارائه می‌دهیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما درباره تصمیم پوشش سریع برای شما تصمیم خواهیم گرفت.
- اگر تصمیم‌گیری ما این باشد که سلامت شما واجد شرایط تصمیم پوشش سریع نمی‌باشد، این را کتباً به شما اعلام خواهیم کرد (و مهلت مقرر معمول را در نظر خواهیم گرفت). این نامه به شما می‌گوید:

- اگر پزشکتان به ما بگوید، به طور خودکار به شما یک تصمیم پوشش سریع می دهیم.
- 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. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.
- چنانچه به بخشی یا همه درخواست های شما نه بگوییم، نامه ای برای شما ارسال می کنیم که دلایل آن را توضیح می دهد.
- اگر پاسخ ما منفی باشد، شما حق دارید تا یک درخواست تجدید نظر کنید. چنانچه فکر می کنید ما اشتباه کرده ایم، درخواست تجدیدنظر راهی رسمی است که از ما می خواهید تصمیم خود را بررسی کرده و آن را تغییر دهیم.
- اگر تصمیم گرفتید که درخواست تجدیدنظر کنید، به مرحله 1 روند تجدیدنظر خواهید رفت (به بخش F3 مراجعه کنید).
- در شرایط محدود، درخواست شما برای تصمیم پوشش را ممکن است رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نخواهیم کرد. نمونه هایی از زمان رد شدن یک درخواست عبارتند از:
 - در صورت ناقص بودن درخواست،
 - چنانچه شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا
 - اگر بخواهید درخواست خود را پس بگیرید.

چنانچه درخواستی را برای تصمیم پوشش رد کنیم، اعلامی برای شما ارسال می کنیم که در آن دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازنگری این رد شدن را توضیح می دهیم. به این بررسی، تجدید نظر می گویند. تجدید نظر در بخش بعدی مورد بحث قرار می گیرد.

F3. درخواست تجدید نظر مرحله 1

برای شروع یک تجدیدنظر باید شما، پزشک معالج، یا نماینده تان با ما تماس بگیرید. با ما با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا درخواست تجدیدنظر سریع را به صورت کتبی یا با تماس با ما با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) درخواست کنید.

- چنانچه پزشک یا دیگر تجویزکننده شما بخواهد خدمات یا کالایی را که قبلاً در طول درخواست تجدیدنظر دریافت کرده اید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد آنها را به عنوان نماینده خود معرفی کنید تا از طرف شما اقدام کند.
- اگر شخص دیگری غیر از پزشکتان درخواست تجدید نظر را برای شما ارائه کرد، فرم انتصاب نماینده را شامل کنید که به این شخص اجازه می دهد که نماینده شما باشد. می توانید فرم را با مراجعه به نشانی زیر تهیه کنید www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
- ما درخواست تجدیدنظر را می توانیم بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی توانیم بررسی خود را شروع کرده یا تکمیل کنیم. چنانچه ظرف 44 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، فرم را دریافت نکردیم:
 - ما درخواست شما را رد می کنیم، و



- یک اعلان کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما را توضیح می‌دهیم تا از سازمان بازبینی مستقل بخواهید تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کند.

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 مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع کننده ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. نمونه هایی از دلایل قانع کننده مواردی هستند مانند: دچار بیماری شدید بوده اید، یا اینکه ما اطلاعات غلط درباره مهلت به شما داده باشیم. دلیل تاخیر در درخواست تجدیدنظر خود را در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید.

درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدید نظر، از حقوق قانونی شما است. شما یا پزشک معالج تان همچنین می توانید برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود، برای ما اطلاعات بیشتری ارسال نمایید.

اگر سلامت شما در خطر است، درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

اصطلاح حقوقی برای "تجدید نظر سریع" عبارت از "بازنگری تسریع شده" می باشد.

- چنانچه نسبت به تصمیمی که ما در مورد پوشش مراقبتی گرفته‌ایم درخواست تجدید نظر می کنید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- فرآیند تجدیدنظر سریع مانند تصمیم پوشش سریع است. برای درخواست تجدیدنظر سریع، دستورالعمل‌های درخواست تصمیم پوشش سریع در **بخش F2** را دنبال کنید.
- اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما نیازمند آن است، ما به شما درخواست تجدید نظر سریع خواهیم داد.
- اگر به شما بگوییم که خدمات یا اقلامی را که قبلاً دریافت کرده‌اید متوقف کرده یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید آن خدمات یا اقلام را در طول مدت درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.
- اگر تصمیم به تغییر یا توقف پوشش خدمات یا اقلامی که دریافت می کنید، داشته باشیم، قبل از اقدام برای شما اعلان می فرستیم.
- اگر شما با نظر ما موافق نباشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر مرحله 1 را ارسال کنید.
- چنانچه **ظرف 10 روز تقویمی** از تاریخ درج شده در نامه ما یا تا تاریخ موثر مورد نظر برای اقدام، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر مرحله 1 بکنید، به پوشش خدمات یا اقلام ادامه می دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما در انتظار است، سرویس یا اقلام را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
- همچنین تمام خدمات یا سایر اقلام (که موضوع درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
- چنانچه قبل از این تاریخ ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا داروی شما تا زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهد یافت.



ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کنیم و پاسخ خود را به شما می دهیم.

- زمانی که درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کنیم، مجدداً به تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما جهت پوشش مراقبت های پزشکی نگاه دقیق می کنیم.
- وقتی به درخواست شما جواب منفی دادیم، بررسی می کنیم که از تمام قوانین پیروی کرده باشیم.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع آوری می کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با شما یا پزشکتان ممکن است تماس بگیریم.

برای تجدیدنظر سریع مهلت هایی وجود دارد.

- زمانی که از مهلت های سریع استفاده می کنیم، باید ظرف **72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر** به شما پاسخ گو باشیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می گردد.
- اگر نتوانیم در مدت **72 ساعت** به شما پاسخ دهیم، ما باید درخواست شما را به تجدیدنظر مرحله 2 بفرستیم. یک سازمان بازبینی مستقل سپس آن را بررسی می کند. بعداً در این فصل به شما درباره این سازمان می گوئیم و روند تجدیدنظر مرحله 2 را توضیح می دهیم.
- **چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم**، باید تایید یا پوشش خود را طی **72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر** شما ارائه دهیم.
- **چنانچه به قسمتی یا تمام درخواست شما جواب منفی بدهیم**، درخواست تجدیدنظر شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 به سازمان بازبینی مستقل ارسال می کنیم.

مهلت هایی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد وجود دارد.

- زمانی که از مهلت های استاندارد استفاده می کنیم، باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده اید، پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر درخواست شما برای یک داروی نسخه ای Medicare بخش B است که دریافت نکرده اید، **ظرف مدت 7 روز** از دریافت تجدیدنظر، و حتی زودتر در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، پاسخگو خواهیم بود.

اگر نتوانیم در مهلت مقرر به شما پاسخ دهیم، ما باید درخواست شما را به تجدیدنظر مرحله 2 بفرستیم. یک سازمان بازبینی مستقل سپس آن را بررسی می کند. بعداً در این فصل به شما درباره این سازمان می گوئیم و روند تجدیدنظر مرحله 2 را توضیح می دهیم.

چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، باید پس از دریافت درخواست تجدیدنظر، در عرض **30 روز تقویمی**، یا اگر درخواست شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B باشد، ظرف **7 روز تقویمی** پوششی را که موافقت کرده ایم مجاز یا ارائه کنیم.

چنانچه به بخشی یا همه درخواست های شما نه بگوئیم، حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید:

- اگر به بخش یا کل آنچه که شما خواسته اید پاسخ منفی بدهیم، ما مورد را بطور کتبی به شما اطلاع می دهیم.
- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که پرونده شما برای تجدیدنظر مرحله 2 به سازمان بازبینی مستقل ارسال شده است.



- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، در نامه ای به شما اطلاع داده می شود که چگونه تجدید نظر مرحله 2 را ارسال کنید.

F4. درخواست تجدید نظر مرحله 2

اگر پاسخ ما در زمینه بخشی یا همه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما منفی باشد، ما آن را بطور کتبی به شما اطلاع می دهیم. این نامه به شما می گوید که آیا برنامه های Medicare، Medi-Cal، یا هر دو آنها معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش می دهند.

- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً آن را پوشش می دهد، ما به محض تکمیل مرحله 1 تجدیدنظر، پرونده شما را به صورت خودکار برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد سرویس یا اقلامی است که Medi-Cal معمولاً آن را پوشش می دهد، باید خودتان تجدیدنظر مرحله 2 را ارسال کنید. نامه ارسالی به شما اطلاع می دهد که چگونه این کار را بکنید. همچنین ما اطلاعات بیشتری را بعداً در این فصل اضافه می کنیم. ما به طور خودکار درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را برای خدمات یا اقلام Medi-Cal برای شما ثبت نمی کنیم.
- چنانچه مشکل شما در مورد سرویس یا اقلامی است که Medicare و Medi-Cal ممکن است هر دو آن را پوشش دهند، به طور خودکار درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را با سازمان بازبینی مستقل دریافت می کنید. شما همچنین می توانید درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی را داشته باشید.
- اگر در هنگام ثبت درخواست تجدیدنظر مرحله 1 خود واجد شرایط ادامه مزایا هستید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروی مورد تجدیدنظر نیز ممکن است در طول مرحله 2 ادامه یابد. برای کسب اطلاعات در مورد ادامه مزایای خود در طول مرحله 1 تجدید نظر به بخش F3 مراجعه کنید.
- اگر مشکل شما درباره خدماتی است که معمولاً تنها تحت پوشش Medicare هستند، مزایای شما برای آن خدمات در زمان تجدیدنظر مرحله 2 توسط سازمان بازبینی مستقل، متوقف نمی شود.
- اگر مشکل شما درباره خدماتی است که معمولاً تنها تحت پوشش Medi-Cal هستند، اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ارسال کنید، مزایای شما برای آن سرویس ادامه خواهد یافت.

هنگامی که مشکل شما در مورد یک سرویس یا قلمی است که Medicare معمولاً آن را پوشش می دهد

سازمان بازبینی مستقل درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کند. که یک سازمان مستقل می باشد که توسط Medicare استخدام شده است.

عنوان رسمی برای "سازمان بازبینی مستقل"، "نهادهای بازبینی مستقل" است که گاهی اوقات "IRE" خطاب می شود.

- این سازمان با ما ارتباط نداشته و یک سازمان دولتی نیست. Medicare شرکت را به عنوان سازمان بازبینی مستقل انتخاب کرد و Medicare بر کار آنها نظارت می کند.



- اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("پرونده" شما) را به این سازمان ارسال می کنیم. شما حق دارید که یک نسخه رایگان از پرونده خود داشته باشید.
- ارائه اطلاعات بیشتر به سازمان بازبینی مستقل برای پشتیبانی از درخواستان، از حقوق قانونی شما است.
- بررسی کنندگان سازمان بازبینی مستقل بدقت همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر شما را بازنگری می کنند.

اگر در مرحله 1 تجدید نظر سریع داشته اید، در مرحله 2 نیز تجدید نظر سریع دریافت می کنید.

- اگر در مرحله 1 تجدید نظر سریع برای ما داشته اید، به صورت خودکار در مرحله 2 تجدید نظر سریع دریافت می کنید. سازمان بازبینی مستقل باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخی به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 بدهند.

اگر در مرحله 1 تجدید نظر استاندارد داشته اید، در مرحله 2 نیز تجدید نظر استاندارد دریافت می کنید.

- اگر در مرحله 1 تجدید نظر استاندارد برای ما داشته اید، به صورت خودکار در مرحله 2 تجدید نظر استاندارد دریافت می کنید.
- اگر درخواست شما برای یکی از اقلام یا خدمات پزشکی است، سازمان بازبینی مستقل باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخی به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 بدهند.
- اگر درخواست شما برای داروی نسخه ای Medicare بخش B است، سازمان بازبینی مستقل باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخی به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 بدهند.

سازمان بازبینی مستقل پاسخ آنها را به صورت مکتوب به شما می دهد و دلایل را توضیح می دهد.

- اگر سازمان بازبینی مستقل به بخشی یا تمام یک درخواست برای یکی از اقلام یا خدمات پزشکی جواب مثبت بدهد، ما باید به سرعت تصمیم را اجرا کنیم:

○ پوشش مراقبت های پزشکی را **ظرف 72 ساعت** مجاز کنیم یا

○ پس از دریافت تصمیم سازمان بازبینی مستقل برای درخواست های استاندارد، خدمات را ظرف **14 روز تقویمی** ارائه دهیم یا

○ پس از دریافت تصمیم سازمان بازبینی مستقل برای درخواست های سریع، خدمات را ظرف **72 ساعت** ارائه دهیم.

- اگر سازمان بازبینی مستقل به بخشی یا تمام یک درخواست داروی نسخه ای Medicare بخش B جواب مثبت بدهد، باید داروی نسخه ای Medicare بخش B مورد اختلاف را مجاز یا ارائه دهیم:

○ **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازبینی مستقل در مورد درخواست های استاندارد یا

○ **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بازبینی مستقل برای درخواست های سریع را دریافت می کنیم.



- چنانچه سازمان بازبینی مستقل به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما جواب **منفی** بدهد، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید نکنیم. به این "تأیید تصمیم" یا "رد درخواست شما" گفته می‌شود.

چنانچه پرونده شما شرایط را برآورده می‌کند، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر خود را ادامه دهید یا خیر.

پس از مرحله 2، سه مرحله اضافی در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد که در مجموع پنج مرحله را شامل می‌شود.

چنانچه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما رد شد و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به مرحله 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سوم را ارائه دهید. در اعلان کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر مرحله 2 دریافت می‌کنید، جزئیات نحوه انجام این کار موجود است.

یک قاضی یا داور حقوقی حقوق اداری به درخواست تجدیدنظر مرحله 3 رسیدگی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراحل 3، 4 و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.

هنگامی که مشکل شما در مورد یک سرویس یا قلمی است که Medi-Cal معمولاً آن را پوشش می‌دهد

به دو روش می‌توانید برای خدمات و اقلام Medi-Cal درخواست تجدید نظر مرحله 2 مطرح کنید: (1) پر کردن فرم شکایت یا بازنگری مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

(1) بازنگری پزشکی مستقل

شما می‌توانید از طریق مرکز خدمات (DMHC) California Department of Managed Health Care 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 مقصور است. IMR به بازنگری پرونده شما توسط پزشکانی که عضو بیمه درمانی ما یا عضو DMHC نیستند اطلاق می‌گردد. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را فراهم کنیم. شما برای انجام IMR هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازید.

شما در صورتی می‌توانید 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 تجدید نظر مرحله 1 شما برای یکی از خدمات Medi-Cal را در صورت استاندارد بودن در 30 روز تقویمی یا در صورت سریع بودن در 72 ساعت حل و فصل نماید.

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. جهت اطلاعات در مورد روند درخواست تجدید نظر مرحله 1 ما به صفحه 216 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 پس از 6 ماه به دلایلی مناسب، مثلاً به دلیل داشتن یک وضعیت پزشکی که مانع از طرح تقاضای IMR توسط شما در طی 6 ماه شده بود، یا در صورتی که شما یک اطلاعیه مناسب از ما درباره روند IMR دریافت نکردید، درخواست شما را پس از 6 ماه نیز قبول کند.

جهت درخواست IMR:

- فرم شکایت/درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) که در www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx موجود است را پر کنید یا با مرکز پشتیبانی DMHC به این شماره تماس بگیرید 1-888-466-2219 کاربران TTY با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- اگر کپی نامه ها یا دیگر مدارک مربوط به خدمات یا اقامت 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.asp دریافت کنید یا با مرکز پشتیبانی اداره به این شماره تماس بگیرید. 1-888-466-2219 کاربران TTY با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم ها و پیوست های خود را فکس 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. پس از اینکه درخواست شما و اسناد حمایتی از طرف طرح شما دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی گرفته خواهد شد. شما باید ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ ارسال شدن درخواست تکمیل شده خود، تصمیم IMR را دریافت کنید. 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. چنانچه از پزشکی استفاده می کنید که در شبکه برنامه سلامت شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی خود 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 اعلان "حقوق دادرسی شما" مدت 120 روز فرصت دارید که درخواست یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید.

توجه: اگر درخواست تجدید نظر شما به این دلیل می باشد که ما به شما اعلام کردیم که یکی از خدماتی که در حال حاضر دریافت می کنید تغییر کرده یا متوقف می شود، در صورتی که می خواهید در حین در جریان بودن درخواست تجدید نظر خود کماکان به دریافت آن خدمات ادامه دهید، شما تعداد روزهای کمتری برای ارائه درخواست خود زمان خواهید داشت. برای اطلاعات بیشتر، بخش "آیا مزایای من در خلال درخواست های تجدید نظر مرحله 2 کماکان ادامه خواهد داشت" در صفحه <XX> را 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 California Department of Social Services به آدرس:



State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- ارسال فکس به بخش دادرسی ایالتی به شماره 916-651-5210 یا 916-651-2789.
- 2. شما می توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 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.
- دفتر رسیدگی عادلانه تصمیم خود را به صورت مکتوب به شما می دهد و دلایل را توضیح می دهد.
- اگر دفتر رسیدگی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی جواب مثبت بدهد، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آنها، خدمات یا اقلام را مجاز کرده یا ارائه دهیم.
- چنانچه دفتر رسیدگی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما جواب منفی بدهد، به این معنی است که آنها موافقت می کنند که ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت های پزشکی تأیید نکنیم. به این "تأیید تصمیم" یا "رد درخواست شما" گفته می شود.
- اگر تصمیم سازمان بازبینی مستقل یا دفتر رسیدگی عادلانه برای تمام یا بخشی از درخواست شما منفی باشد، شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید.
- اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما به سازمان بازبینی مستقل فرستاده شود، فقط در صورتی می توانید درخواست تجدیدنظر دهید که ارزش پولی خدمات یا اقلام مورد درخواست شما از یک مقدار حداقل بیشتر باشد. یک قاضی یا داور حقوقی اداری به درخواست تجدیدنظر مرحله 3 رسیدگی می کند. نامه ای که از سازمان بازبینی مستقل دریافت می کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدید نظر شما را توضیح می دهد.
- نامه ای که از دفتر رسیدگی عادلانه دریافت می کنید گزینه تجدیدنظر بعدی را توضیح می دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود پس از مرحله 2 به بخش J مراجعه کنید.

F5. مشکلات در زمینه پرداخت

ما به ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه خود اجازه نمی دهیم که برای خدمات و اقلام تحت پوشش برای شما صورتحساب صادر کنند. این امر حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه کنندگان 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 سهم بیمار برای داروهای دارای نام تجاری و داروهای تجویزی ژنریک می باشد.

اگر صورتحسابی دریافت کردید که بیشتر از مبلغ تعرفه سهم بیمار شما برای خدمات و اقلام پوشش داده شده باشد، آن صورت حساب را برای ما ارسال کنید. شما نباید خود صورت حساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه کننده خدمات تماس گرفته و به مسئله رسیدگی می کنیم. اگر خود صورتحساب مربوطه را پرداخت کنید، چنانچه قوانین مربوط به دریافت خدمات و اقلام را دنبال کنید، می توانید بازپرداخت مربوطه را دریافت کنید.



برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید. شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید بازپرداخت خود را پرداخته یا صورت‌حسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید بپردازیم. این بخش همچنین برای شما شرح می‌دهد که چگونه مدارک خود را برای درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید.

چنانچه درخواست کنید که به شما پرداختی صورت گیرد، این به منزله تصمیم‌گیری برای میزان پوشش می‌باشد. ما بررسی می‌کنیم که آیا سرویس یا اقلامی که برای آن پرداخت کرده‌اید پوشش داده شده باشد و آیا از تمام قوانین استفاده از پوشش خود پیروی کرده باشید.

- 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 ارائه دهنده تان ارسال می‌کنیم.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام مربوطه را نپرداخته اید، ما پرداخت را مستقیماً برای ارائه دهنده 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 نامه ای 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 با نظر ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. می‌توانید به روند تجدیدنظر در **بخش F3** مراجعه نمایید. هنگامی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه فرمایید:

- اگر برای بازپرداخت شما درخواست تجدید نظر کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما به شما پاسخ دهیم.
- چنانچه از ما بخواهید برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت کرده اید و هزینه‌های خود را پرداخت کرده اید، به شما بازپرداختی کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما منفی است و **Medicare** معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهد، ما پرونده شما را به سازمان بازبینی مستقل ارسال می‌کنیم. اگر این اتفاق بیفتد نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر سازمان بازبینی مستقل با تصمیم ما مخالفت کند و به ما بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، ما باید ظرف 30 روز به شما یا درمان‌کننده تان پرداخت کنیم. اگر در هر مرحله از روند تجدید نظر پس از مرحله 2، پاسخ به تجدیدنظر تان مثبت باشد، ما موظف هستیم ظرف مدت 60 روز به شما یا ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی پرداخت کنیم.
- چنانچه سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدید نظر شما پاسخ منفی دهد، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما درخواست شما را تأیید نکنیم. به این "تأیید تصمیم" یا "رد درخواست شما" گفته می‌شود. نامه ای دریافت خواهید کرد که در آن حقوق تجدیدنظر اضافی که ممکن است داشته باشید را توضیح دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراحل اضافی درخواست تجدیدنظر، به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما منفی است و **Medi-Cal** معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را خودتان ثبت کنید. ما به طور خودکار درخواست تجدیدنظر در مرحله 2 را برای شما ارسال نمی‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای نسخه ای Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان عضو طرح درمانی ما شامل پوشش بسیاری از داروهای تجویزی می شود. بیشتر اینها داروهای Medicare بخش D هستند. تعدادی داروهای بخش D هستند که تحت پوشش Medicare نیستند که ممکن است Medi-Cal آنها را پوشش دهد. این بخش فقط مربوط به تجدیدنظر برای داروهای بخش D می باشد. در ادامه این بخش به جای گفتن "داروی بخش D" هر بار می گوئیم "دارو".

برای تحت پوشش قرار گرفتن، داروی شما باید برای یک تجویز پزشکی مورد قبول قرار گرفته مورد استفاده قرار گیرد. این بدان معنی است که دارو یا توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تایید شده باشد یا در برخی مرجع های پزشکی از آن حمایت شده باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد نشانه های پذیرفته شده پزشکی، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

G1. بخش D تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر

در اینجا مثالهایی از تصمیم گیری های قابل درخواست شما در خصوص داروهای بخش D آورده شده است:

- شما از ما می خواهید که استثنا قائل شویم، از جمله از ما بخواهید:
 - داروی بخش D را که در فهرست دارویی طرح ما نیست، پوشش دهیم یا
 - محدودیتی در پوشش ما برای یک دارو را کنار بگذارید (مانند محدودیت در مقداری که می توانید دریافت کنید)
 - شما از ما می پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می شود یا خیر (مثل زمانی که داروی شما در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد، اما قبل از پوشش دادن آن باید آن را برای شما تأیید کنیم)
- توجه:** اگر داروخانه به شما اطلاع دهد که نسخه تان را نمی توان به صورتی که مکتوب شده تامین کرد، داروخانه به شما یک اعلان کتبی می دهد که شما را راهنمایی می کند چگونه برای درخواست پوشش با ما تماس بگیرید.

تصمیم پوشش اولیه در مورد داروهای بخش D شما "تعیین پوشش" نامیده می شود.

- شما از ما می خواهید که هزینه دارویی که خریداری کرده اید را بازپرداخت کنیم. این به مفهوم درخواست تصمیم گیری میزان پوشش برای بهای داروها است.



اگر با تصمیم ما درباره میزان پوشش موافق نمی باشید، می توانید درخواست تجدید نظر دهید. در این بخش درباره چگونگی درخواست تصمیمات پوشش و درخواست تجدید نظر توضیح داده شده است. برای کمک به خود از جدول زیر استفاده کنید:

شما در کدام یک از این شرایط هستید؟			
به دارویی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا از ما می خواهید که محدودیت های دارویی که تحت پوشش ما است را کنار بگذاریم.	از ما می خواهید دارویی از داروهای موجود در فهرست دارویی ما تحت پوشش باشد و فکر می کنید که محدودیت ها و قوانین مربوطه برای داروی مورد نیاز خود (مانند تاییدیه قبلی) را رعایت کرده اید	از ما می خواهید درخواست بازپرداخت هزینه داروهای را بکنید که قبلاً دریافت و خریداری کرده اید.	از ما می خواهید اعلام کرده ایم که دارو را به روشی که شما می خواهید پوشش نمی دهیم یا هزینه نمی کنیم.
شما می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)	شما می توانید از ما درخواست تعیین میزان پوشش کنید.	می توانید از طرح درمانی خود بخواهید که به شما بازپرداخت کند. (این یک نوع تعیین میزان پوشش است.)	می توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (این بدان معنی است که شما از ما می خواهید که مورد را دوباره بررسی کنیم.)
از بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش های G3 و G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G5 مراجعه کنید.

G2. استثنای بخش D

اگر دارو را آنطور که شما تمایل دارید پوشش نمی دهیم، می توانید از ما بخواهید که یک "استثناء" قائل شویم. اگر درخواست شما را برای استثناء رد کنیم، می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. وقتی درخواست استثناء می کنید، پزشک معالج یا دیگر ارائه دهندگان خدمات شما باید توضیح دهند که چه دلایل پزشکی برای این استثناء وجود دارد.

درخواست برای پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست یا برای حذف محدودیت در یک دارو، گاهی اوقات درخواست "استثنای فرمولاری" نامیده می شود.

در اینجا چند نمونه از استثنای وجود دارد که شما، پزشک معالج شما یا سایر تجویزکنندگان می توانید درخواست کنید انجام دهیم:

1. تحت پوشش قرار دادن دارویی که در فهرست دارویی ما نیست

- اگر موافقت کنیم که استثناء قائل شده و دارویی را پوشش دهیم که در فهرست دارویی ما نیست، شما تعرفه سهم بیمار را که برای داروهای رده 4 اعمال می شود، می پردازید: داروهای غیر ترجیحی.



- شما نمی توانید استثنایی از مبلغ پرداخت مشترک مورد نیاز برای دارو دریافت کنید.

2. حذف محدودیت برای یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت های اضافی در مورد داروهای خاصی در فهرست دارویی ما اعمال می شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5 کتابچه راهنمای اعضاء خود** مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت های اضافی برای داروهای خاص عبارتند از:
 - نیاز به استفاده از نوع ژنریک یک دارو به جای داروی با نام تجاری.
 - گرفتن تاییدیه ما پیش از اینکه با پوشش دادن دارو برای شما موافقت کنیم. گاهی به این عمل "تاییدیه قبلی" گفته می شود.
 - نیاز به این وجود داشته باشد که دارویی متفاوت را اول امتحان کنید و در مرحله بعد با پوشش دادن داروی مورد درخواست شما موافقت کنیم. گاهی به این عمل "درمان مرحله ای" گفته می شود.
 - محدودیت از نظر مقدار. برای برخی از داروها، محدودیت هایی در میزان دارویی که می توانید داشته باشید وجود دارد.
 - چنانچه ما با استثنایی برای شما موافقت کرده و محدودیتی را کنار گذاشتیم، می توانید از مبلغ پرداخت مشترکی که باید بپردازید استثناء بخواهید.

3. تغییر پوشش یک دارو به یک رده اشتراک هزینه کمتر. هر یک از داروها در فهرست داروها در یکی از پنج رده اشتراک هزینه قرار می گیرد. به طور کلی، هرچه تعداد رده اشتراک هزینه کمتر باشد، مقدار پرداخت مشترک مورد نیاز شما کمتر است.

درخواست برای پرداخت قیمت کمتر برای یک داروی غیر ترجیحی تحت پوشش، گاهی اوقات درخواست "استثنای رده" نامیده می شود.

- غالباً فهرست دارویی ما شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص می شود. این داروها، داروهای "جایگزین" نام دارند.
- چنانچه یک داروی جایگزین برای وضعیت پزشکی شما دارای سطح اشتراک هزینه کمتری نسبت به دارویی است که مصرف می کنید، می توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ مشارکت در هزینه داروی جایگزین پوشش دهیم. این مبلغ تعرفه سهم بیمار شما برای دارو را کاهش می دهد.
- چنانچه دارویی که مصرف می کنید یک محصول بیولوژیکی است، می توانید از ما بخواهید آن را با مبلغ اشتراک هزینه برای پایین ترین رده برای جایگزین های محصول بیولوژیکی متناسب بیماری شما پوشش دهیم.
- چنانچه دارویی که مصرف می کنید یک داروی با نام تجاری است، می توانید از ما بخواهید آن را با مبلغ اشتراک هزینه برای پایین ترین رده برای جایگزین های داروی با نام تجاری متناسب بیماری شما پوشش دهیم.



چنانچه دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی ژنریک است، می‌توانید از ما بخواهید آن را با مبلغ اشتراک هزینه برای پایین‌ترین رده برای جایگزین‌های داروی ژنریک متناسب بیماری شما پوشش دهیم.

- شما نمی‌توانید از ما بخواهید که رده اشتراک هزینه را برای هیچ دارویی در رده 5 تغییر دهیم: داروهای رده تخصصی.
- چنانچه ما درخواست استثنای رده شما را تأیید کنیم و بیش از یک رده اشتراک هزینه کمتر با داروهای جایگزین وجود داشته باشد که نمی‌توانید مصرف کنید، معمولاً کمترین مبلغ را می‌پردازید.

G3. اطلاعات مهم در رابطه با یک 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 جهت نیاز به درخواست استثناء را شرح دهند. زمانی که درخواست استثناء می‌کنید، جهت تصمیم‌گیری سریع‌تر، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود درج کنید.

غالباً فهرست دارویی ما شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص می‌شود. این داروها، داروهای "جایگزین" نام دارند. اگر داروی جایگزینی به اندازه داروی مورد درخواست شما موثر باشد، و عوارض ناخواسته بیشتر یا مشکلات دیگری برای شما ایجاد نکند، ما عموماً درخواست استثنای شما را تأیید نمی‌کنیم. چنانچه از ما یک استثنای رده درخواست کنید، ما معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی‌کنیم، مگر اینکه همه داروهای جایگزین در رده(های) اشتراک هزینه پایین‌تر برای شما کارایی نداشته باشند یا احتمالاً باعث ایجاد یک واکنش نامطلوب یا آسیب‌های دیگر شوند.

در مورد درخواست شما می‌توانیم پاسخ مثبت یا منفی بدهیم.

- اگر برای درخواست 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 بی‌خطر باشد.

- اگر به درخواست استثنای شما جواب منفی بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر در صورت گرفتن پاسخ منفی به بخش G5 مراجعه کنید.

بخش بعدی درباره چگونگی درخواست تعیین پوشش و درخواست استثناء می‌باشد.

G4. درخواست تصمیم درباره پوشش، از جمله استثناء

- نوع تصمیم پوشش مورد نظر خود را با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، نوشتن یا ارسال فکس به ما درخواست دهید. شما، نماینده تان یا پزشک معالج شما (یا دیگر تجویزکنندگان) می‌توانید این درخواست را ارسال کنید. نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به درخواست مطالبه خود را درج کنید.
- شما، نماینده تان یا پزشک معالج شما (یا دیگر تجویزکنندگان) یا شخصی که از جانب شما اقدام می‌کند تصمیم پوشش را می‌تواند درخواست کند. شما همچنین می‌توانید وکیل را از جانب خود منصوب کنید.
- برای اطلاع از نحوه نامگذاری شخصی به عنوان نماینده خود به بخش E3 رجوع کنید.

- نیازی نیست به پزشک خود یا دیگر تجویزکنندگان اجازه کتبی بدهید تا بتوانند به نمایندگی از شما تعیین پوشش درخواست کنند.
 - در صورت تمایل برای درخواست بازپرداخت وجه از ما برای یک دارو به **فصل 7** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
 - اگر درخواست استثنا دارید، یک "بیانیه پشتیبان" به ما بدهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها برای درخواست استثنا می‌شود.
 - پزشک معالج یا تجویزکنندگان دیگر شما می‌توانند این بیانیه پشتیبان را با پست یا نمابر برای ما ارسال کنند. آنها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس صورتحساب را فکس یا پست کنند.
- اگر سلامت شما ایجاب کند، از ما درخواست "تصمیم پوشش سریع" کنید.**
- ما از مهلت‌های "استاندارد" استفاده می‌کنیم مگر اینکه با استفاده از مهلت‌های "سریع" موافقت کنیم.
- یک تصمیم پوشش استاندارد بدان معنی است که ما طی 72 ساعت از زمان دریافت بیانیه پزشک معالج شما به شما پاسخ می‌دهیم.
 - یک تصمیم پوشش سریع به این معنی است که ما به شما طی 24 ساعت زمان دریافت بیانیه پزشک معالج شما به شما پاسخ خواهیم می‌دهیم.

یک "تصمیم پوشش سریع"، "تعیین پوشش تسریع شده" گفته می‌شود.

- شما می‌توانید یک تصمیم پوشش سریع دریافت کنید اگر:
- برای دارویی باشد که دریافت نکردید. اگر برای دارویی که بهای آنرا پرداخته اید درخواست تعیین پوشش می‌کنید، نمی‌توانید درخواست تصمیم پوشش سریع کنید.
 - اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامتی یا توانایی شما به طور جدی آسیب ببیند.
- اگر پزشک معالج شما یا تجویزکننده دیگری به ما اعلام کند که سلامت شما در گرو "تصمیم پوشش سریع" است، ما موافقت کرده و آن را به شما می‌دهیم. ما برای شما نامه ای می‌فرستیم که به شما می‌گوید.
- اگر بدون حمایت پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها درخواست تصمیم پوشش سریع دارید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا شما یک تصمیم پوشش سریع دریافت می‌کنید.
 - چنانچه ما تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما واجد شرایط تصمیم پوشش سریع نیست، بجای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم.
- ما برای شما نامه ای می‌فرستیم که به شما می‌گوید. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه از تصمیم ما شکایت کنید.
- شما می‌توانید شکایاتی سریع ارسال کنید و ظرف 24 ساعت پاسخ خود را دریافت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایات ها، از جمله شکایات های سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.



مهلت مقرر تصمیم پوشش سریع

- اگر از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست به شما پاسخ گو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان، پاسخ خود را به شما می‌دهیم. چنانچه وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می‌گردد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازبینی مستقل به مرحله 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مرحله 2 تجدید نظر به **بخش G6** مراجعه کنید.
- چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه حمایتی پزشک به شما پوشش می‌دهیم.
- چنانچه به بخشی یا همه درخواست‌های شما جواب منفی بدهیم، نامه ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

مهلت‌های مقرر برای تصمیم پوشش معمول برای دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست به شما پاسخ گو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان، پاسخ خود را به شما می‌دهیم. چنانچه وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می‌گردد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازبینی مستقل به مرحله 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه حمایتی پزشک برای یک استثنا به شما پوشش می‌دهیم.
- چنانچه به بخشی یا همه درخواست‌های شما جواب منفی بدهیم، نامه ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدید نظر کنید.

مهلت مقرر "تصمیم پوشش استاندارد" برای دارویی که قبلاً خریداری کرده اید

- ما باید تا 14 روز پس از دریافت درخواستتان، نتیجه را به شما اعلام کنیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بازبینی مستقل به مرحله 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- چنانچه به بخشی یا همه درخواست‌های شما جواب منفی بدهیم، نامه ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدید نظر کنید.



G5. درخواست تجدیدنظر نظر مرحله 1

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما در مورد تصمیم پوشش داروی بخش D، طرح "تعیین مجدد" نامیده می‌شود.

- درخواست تجدیدنظر استاندارد یا سریع خود را با تماس با <phone number>، نوشتن، یا فکس کردن با ما آغاز کنید. شما، نماینده تان یا پزشک معالج شما (یا دیگر تجویزکنندگان) می‌توانید این درخواست را ارسال کنید. نام، اطلاعات تماس، و اطلاعات مربوط به درخواست مطالبه خود را درج نمایید.
- شما باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ نامه ای که برای اعلام تصمیم برای شما فرستاده شده، درخواست تجدیدنظر خود را ارسال نمایید.
- اگر به مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع کننده ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. نمونه هایی از دلایل قانع کننده مواردی هستند مانند: دچار بیماری شدید بوده اید، یا اینکه ما اطلاعات غلط درباره مهلت به شما داده باشیم. دلیل تاخیر در درخواست تجدیدنظر خود را در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید.
- درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر، از حقوق قانونی شما است. شما یا پزشک معالج تان همچنین می‌توانید برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود، برای ما اطلاعات بیشتری ارسال نمایید.

اگر سلامت شما در خطر است، درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع، یک "تعیین مجدد سریع" نیز نامیده می‌شود.

- اگر نسبت به تصمیمی که ما در مورد دارویی که دریافت نکرده اید، درخواست تجدیدنظر کنید، شما و پزشکتان یا سایر تجویزکننده هایتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- الزامات درخواست تجدیدنظر سریع مانند مواردی است که برای تصمیم پوشش سریع وجود دارد. برای اطلاعات بیشتر به بخش G4 مراجعه کنید.

ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما می‌دهیم.

- ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و به تمام اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما نگاهی دقیق می‌کنیم.
- وقتی به درخواست شما جواب منفی دادیم، بررسی می‌کنیم که از قوانین پیروی کرده باشیم.
- ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما، پزشک معالج شما یا دیگر تجویزکنندگان تماس بگیریم.

مهلت مقرر یک تجدیدنظر سریع در مرحله 1

- اگر از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ گو باشیم.
- چنانچه وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع تر باشد، نتیجه سریع تر به شما اعلام می‌گردد.



اگر نتوانیم در مدت 72 ساعت به شما پاسخ دهیم، ما باید درخواست شما را به تجدید نظر مرحله 2 بفرستیم. یک سازمان بازبینی مستقل سپس آن را بررسی می کند. برای کسب اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.

- چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، باید پوشش خود را طی 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما ارائه دهیم.
- چنانچه به بخشی یا همه درخواست های شما جواب منفی بدهیم، نامه ای برای شما ارسال می کنیم که دلایل آن را توضیح می دهد و به شما می گوید که چگونه می توانید درخواست تجدید نظر کنید.

مهلت مقرر تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1

- اگر از مهلت های استاندارد استفاده کنیم، باید ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده اید، پاسخ خود را به شما بدهیم.
 - اگر دارو را دریافت نکردید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می کند، تصمیم خود را زودتر به شما می دهیم. اگر باور دارید سلامت شما در خطر است، درخواست "تجدیدنظر سریع" کنید
- اگر ظرف 7 روز تقویمی به شما تصمیم را اطلاع ندهیم، باید درخواست شما را به مرحله 2 روند تجدید نظر ارسال کنیم. یک سازمان بازبینی مستقل سپس آن را بررسی می کند. برای کسب اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.

چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم:

- ما باید پوششی را که توافق کرده ایم، به همان سرعتی که سلامتی شما نیاز دارد، ارائه کنیم اما حداکثر تا 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما.
- ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، مبلغ را برای داروی خریداری شده برای شما ارسال کنیم.

چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب منفی بدهیم:

- ما نامه ای برای شما ارسال می کنیم که دلایل آن را توضیح می دهد و به شما می گوید که چگونه می توانید درخواست تجدید نظر کنید.
 - ما باید پاسخ خود را در خصوص بازپرداخت دارویی که خریده اید ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم.
- اگر ظرف 14 روز تقویمی به شما تصمیم را اطلاع ندهیم، باید درخواست شما را به مرحله 2 روند تجدید نظر ارسال کنیم. یک سازمان بازبینی مستقل سپس آن را بررسی می کند. برای کسب اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.
- چنانچه به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، به شما پرداخت کنیم.



- چنانچه به بخشی یا همه درخواست‌های شما جواب **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

G6. درخواست تجدید نظر مرحله 2

اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما جواب **منفی** بدهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید. چنانچه تصمیم دارید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید، از فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 استفاده می‌کنید. وقتی به اولین درخواست تجدیدنظر شما جواب **منفی** دادیم، **سازمان بازبینی مستقل** تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم.

عنوان رسمی برای "سازمان بازبینی مستقل"، "**نهاده بازبینی مستقل**" است که گاهی اوقات "IRE" خطاب می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا تجویز کننده دیگر باید به **صورت کتبی** با سازمان بازبینی مستقل تماس بگیرید و درخواست بررسی پرونده خود را داشته باشید.

- چنانچه به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما جواب **منفی** بدهیم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2** با سازمان بازبینی مستقل است. دستورالعمل‌ها می‌گوید چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.

- وقتی برای سازمان بازبینی مستقل درخواست تجدیدنظر می‌فرستید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما در اختیار داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات "پرونده" شما نامیده می‌شود. **شما حق دارید که یک نسخه رایگان از پرونده خود داشته باشید.**

- ارائه اطلاعات بیشتر به سازمان بازبینی مستقل برای پشتیبانی از درخواستان، از حقوق قانونی شما است.

سازمان بازبینی مستقل درخواست تجدیدنظر مرحله 2 بخش D شما را بررسی می‌کند و به صورت کتبی به شما پاسخ می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بازبینی مستقل به **بخش F4** مراجعه کنید.

مهلت مقرر یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2

اگر سلامت شما در خطر است، از سازمان بازبینی مستقل درخواست تجدید نظر سریع کنید.

- چنانچه آنها با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کردند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- چنانچه آنها به بخشی یا تمام درخواست شما جواب **مثبت** دادند، ما باید **ظرف 24 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازبینی مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.

مهلت مقرر تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

چنانچه یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2 دارید، سازمان بازبینی مستقل باید به شما پاسخ دهد:

- **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدید نظر شما برای دارویی که دریافت نکرده اید.
- **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریده اید.



اگر سازمان بازبینی مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهد:

- ما باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازبینی مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.
- ما باید ظرف **30 روز** تقویمی پس از دریافت تصمیم سازمان بازبینی مستقل، برای دارویی که خریداری کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم.

اگر سازمان بازبینی مستقل به تجدید نظر پاسخ **منفی** بدهد، این به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست شما، موافق است. به این "تایید تصمیم" یا "رد درخواست شما" گفته می‌شود.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما پاسخ **منفی** بدهد، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید حداقل ارزش دلاری را داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر مرحله 3 را دارید. چنانچه ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل لازم باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. در آن صورت، تصمیم تجدیدنظر مرحله 2 نهایی می‌شود. سازمان بازبینی مستقل نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر مرحله 3 را به شما اطلاع می‌دهد.

چنانچه ارزش دلاری درخواست شما شرایط را برآورده می‌کند، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.

- پس از مرحله 2، سه مرحله اضافی در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد.
 - اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما پاسخ **منفی** بدهد و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، شما:
 - تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر در مرحله 3 را داشته باشید.
 - برای جزئیات در خصوص نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 3، به نامه‌ای که سازمان بازبینی مستقل پس از درخواست تجدید نظر مرحله 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.
- یک قاضی یا داور حقوقی حقوق اداری به درخواست تجدیدنظر مرحله 3 رسیدگی می‌کند. برای کسب اطلاعات در مورد مراحل 3، 4 و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.

H. درخواست اجازه تمدید زمان بستری در بیمارستان

وقتی در بیمارستان بستری می‌شوید، حق شماست که از تمام خدمات بیمارستانی که تحت پوشش ماست و برای تشخیص و درمان بیماری یا آسیب دیدگی شما لازم است، بهره‌مند شوید. برای اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

طی دوران بستری شما در بیمارستان، پزشک معالج تان و کارکنان بیمارستان با شما به منظور آمادگی برای روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید همکاری می‌کنند. آنها همچنین کمک‌های مورد نیاز شما پس از ترخیص را نیز برنامه‌ریزی می‌کنند.

- روزی که بیمارستان را ترک کنید "تاریخ ترخیص" نامیده می‌شود.



- پزشک معالج یا دیگر کارکنان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه روزی است.

چنانچه فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته می‌شود که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، درخواست اقامت طولانی‌تری در بیمارستان را می‌توانید بدهید. این بخش چگونگی چنین درخواستی را شرح می‌دهد.

H1. کسب اطلاع در زمینه حقوق Medicare خود

ظرف دو روز پس از پذیرش شما در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا کارمند پرونده، اعلان کتبی به نام **"پیام مهم Medicare در مورد حقوق شما"** را به شما خواهد داد. هر کسی که Medicare دارد، هر زمان که در بیمارستان بستری شود، یک کپی از این اعلان دریافت می‌کند.

اگر چنین اعلانی را دریافت نکردید، می‌توانید از هر یک از کارکنان بیمارستان آن را بخواهید. در صورت نیاز به کمک، با شماره های پایین صفحه با بخش مراقبت از مشتریان تماس بگیرید. شما همچنین می‌توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- **اعلان مذکور را به دقت بخوانید و اگر هر قسمتی را متوجه نمی‌شوید سوال کنید.** این اعلان به شما در خصوص حقوق شما به عنوان یک بیمار بیمارستانی، از جمله حقوق شما برای موارد زیر می‌گوید:

- بهره‌مند 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 می‌پردازد، و چگونه می‌توان به این خدمات دسترسی یافت.

- مشارکت داشتن در تصمیم‌گیری برای مدت بستری بودن خود.

- بدانید که در صورت وجود هرگونه نگرانی درباره کیفیت درمان بیمارستان خود با کجا تماس بگیرید.

- اگر معتقدید زودتر از موقع ترخیص می‌شوید، درخواست تجدید نظر کنید.

- **اعلان را امضاء کنید تا تایید کنید که آن را دریافت کرده اید و آنچه درباره حقوق شما نوشته شده است را متوجه شده اید.**

- شما یا شخصی که از طرف شما عمل می‌کند می‌توانید اعلان را امضا کنید.

- امضای اعلان صرفاً نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را در اختیار دارید. امضا کردن بدین معنا نیست که شما با تاریخ ترخیص موافقت می‌کنید که پزشک یا کارکنان بیمارستان ممکن است به شما گفته باشد.

- **نسخه امضاء شده اعلان را برای خود نگه دارید تا اطلاعات را در صورت لزوم داشته باشید.**

چنانچه بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید، اعلان را امضا کنید، پیش از ترخیص یک نسخه دیگر را دریافت می‌کنید.

می‌توانید پیشاپیش یک نسخه از اعلان را ببینید اگر شما:

- با مراقبت مشتریان در شماره های پایین صفحه تماس بگیرید



- 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.

- از وبسایت

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices بازدید کنید.

H2. درخواست تجدید نظر مرحله 1

اگر می خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، درخواست تجدید نظر کنید. سازمان بهبود کیفیت مرحله 1 تجدید نظر را بازبینی می کند که مشخص کند آیا تاریخی احتمالی ترخیص شما از لحاظ پزشکی متناسب است.

سازمان بهبود کیفیت مجموعه ای از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی است که توسط دولت فدرال پرداخت می شود. این متخصصین کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود می دهند. آنها جزئی از طرح درمانی ما نیستند.

در کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت را Livanta می نامند. با آن ها به این شماره تماس بگیرید (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668). اطلاعات تماس همچنین در اعلان، "پیام مهم Medicare در مورد حقوق شما" و در فصل 2 آمده است.

با سازمان بهبود کیفیت پیش از ترک بیمارستان و تاریخ ترخیص پیشبینی شده خود تماس بگیرید.

- اگر پیش از ترک بیمارستان تماس بگیرید، می توانید حتی پس از تاریخ ترخیص پیشبینی شده تان بدون پرداخت مبلغی در بیمارستان بمانید تا زمانی که منتظر تصمیم سازمان بهبود کیفیت در مورد درخواست تجدیدنظر خود باشید.
- اگر برای تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است کل هزینه خدمات بیمارستانی که پس از تاریخ پیشبینی شده ترخیص تان دریافت کرده اید را پرداخت کنید.
- اگر مهلت زمان مقرر برای تماس با سازمان بهبود کیفیت در رابطه با درخواست تجدیدنظر خود را از دست بدهید، در عوض مستقیماً به طرح ما اعتراض کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر به ما به بخش G4 مراجعه کنید.
- از آنجایی که هزینه بستری شدن در بیمارستان هم تحت پوشش Medicare و هم تحت پوشش Medi-Cal می باشد، چنانچه سازمان بهبود کیفیت از شما تماسی مبنی بر تمدید دوره بستری تان در بیمارستان نداشته باشد، یا فکر می کنید که وضعیت شما اضطراری است، شامل یک تهدید فوری و جدی برای سلامتی شما می شود، یا درد شدیدی دارید، همچنین می توانید شکایتی را از California Department of Managed Health Care (DMHC) جهت بررسی پزشکی مستقل بخواهید. لطفاً به بخش F4 در صفحه <xx> مراجعه کنید تا نحوه ثبت شکایت را یاد گرفته و از DMHC درخواست کنید تا یک بررسی پزشکی مستقل داشته باشد.



در صورت نیاز از ما کمک بخواهید. در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک در هر زمانی:

- با مراقبت مشتریان در شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.
- با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP) به این شماره تماس بگیرید 1-800-434-0222.

درخواست بازنگری سریع سریع اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا از ترخیص خود از بیمارستان درخواست بازنگری سریع کنید.

اصطلاح حقوقی "بازنگری سریع" عبارت "بازنگری فوری" یا "بازنگری تسریع شده" می باشد.

در زمان بازنگری سریع چه اتفاقی می افتد؟

- بررسی کنندگان سازمان بهبود 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. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می توانید بنویسید.
- بازبین ها به اطلاعات پزشکی شما نگاه کرده، با پزشکتان صحبت می کنند و اطلاعاتی را که بیمارستان و طرح ما به آنها داده است، مرور می کنند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بازبین ها به طرح ما در خصوص درخواست تجدیدنظر تان اعلام کردند، اعلان دیگری دریافت خواهید کرد که دلیل آن را توضیح می دهد که چرا پزشک، بیمارستان، و ما فکر می کنیم این تاریخ مناسب ترخیصی بوده که از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی عبارت است از "اعلان همراه با جزئیات ترخیص". می توانید با تماس با بخش خدمات مشتری با شماره های پایین صفحه با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، نمونه ای را دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) شما همچنین می توانید نمونه آنلاین این اعلان را به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، سازمان بهبود کیفیت پاسخ را به درخواست تجدید نظر تان می دهد.

اگر سازمان های بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش شما را تا زمانی که خدمات از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آنها بر این باورند که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- در این صورت، پوشش خدمات بستری شما در بیمارستان ظهر روز پس از دریافت پاسخ سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدید نظر شما خاتمه داده خواهد شد.



- ممکن است هزینه کامل اقامت خود در بیمارستان بعد از ظهر روز بعد از اینکه سازمان بهبود کیفیت پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظرتان به شما می دهد، مجبور شوید پرداخت کنید.
- چنانچه سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما را رد کرد و شما بعد از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده تان در بیمارستان بمانید، می توانید درخواست تجدید نظر در مرحله 2 داشته باشید.

H3. درخواست تجدید نظر مرحله 2

برای درخواست تجدید نظر در مرحله 2، شما می توانید از سازمان بهبود کیفیت بخواهید که تصمیم اتخاذ شده در درخواست تجدید نظر مرحله 1 را مجدداً مرور کند. با آن‌ها به این شماره تماس بگیرید (TTY: (855) 887-6668 (877) 588-1123.

باید ظرف 60 روز تقویمی پس از روزی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ **منفی** داد، این بازبینی را درخواست کنید. **فقط** در صورتی می توانید درخواست بازنگری کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان بمانید. بازبینان سازمان بهبود کیفیت:

- یک نگاه دقیق دیگر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر خود می اندازند.
- تصمیم خود را در خصوص درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بازبینی دوم به شما می گویند.

اگر سازمان بررسی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما باید از ظهر روز بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما را رد کرد، سهم خود از هزینه های مراقبت بیمارستانی را به شما بازپرداخت کنیم.
- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش شما را تا زمانی که خدمات از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.

اگر سازمان بررسی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما موافق بوده و آن را تغییر نمی دهند.
- آنها به شما نامه ای می دهند که به شما می گوید چنانچه می خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر در مرحله 3 ارائه دهید، چه کاری می توانید انجام دهید.
- شما همچنین می توانید شکایت کنید یا از DMHC نیز یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود درخواست کنید. لطفاً به **بخش E4 در صفحه <xx>** مراجعه کنید تا نحوه ثبت شکایت را آموخته و از DMHC درخواست کنید تا یک بررسی پزشکی مستقل داشته باشد.

یک قاضی یا داور حقوقی حقوق اداری به درخواست تجدیدنظر مرحله 3 رسیدگی می کند. برای کسب اطلاعات در مورد مراحل 3، 4 و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.



H4. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1

آخرین مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت برای درخواست تجدیدنظر در مرحله 1 ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از بیمارستان است. چنانچه مهلت درخواست تجدیدنظر مرحله 1 را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند "تجدید نظر جایگزین" استفاده کنید.

با شماره های پایین صفحه با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفته و از ما بخواهید تا تاریخ ترخیص از بیمارستان خود را "بازنگری سریع" کنیم.

اصطلاح حقوقی برای "بازنگری سریع" یا "تجدید نظر سریع" عبارت "تجدید نظر تسريع شده" می باشد.

- ما تمام اطلاعات مربوط به اقامت در بیمارستان شما را بررسی می کنیم.
- ما بررسی می کنیم که اولین تصمیم منصفانه بوده و از قوانین پیروی شده است.
- ما از مهلت های سریع به جای مهلت های استاندارد استفاده می کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بازنگری سریع به شما ارائه می دهیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما جواب مثبت بدهیم:
- ما موافقت می کنیم که باید بعد از تاریخ ترخیص در بیمارستان بستری بمانید.
- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش شما را تا زمانی که خدمات از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.
- ما سهم خود را از هزینه هایی که شما از زمانی که به شما اعلام شده پوشش تان پایان می یابد متحمل شده اید را پرداخت کنیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما جواب منفی بدهیم:
- ما قبول داریم که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- پوشش ما برای خدمات بستری بیمارستانی شما در تاریخی که به شما اعلام کردیم پایان می یابد.
- پس از این تاریخ هیچ سهمی از هزینه ها را پرداخت نخواهیم کرد.
- چنانچه همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است هزینه کامل مراقبت های بیمارستانی را که پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده دریافت کرده اید، مجبور شوید بپردازید.
- ما درخواست تجدید نظر شما را به سازمان بازبینی مستقل ارسال می کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که همه قوانین را رعایت کرده ایم. هنگامی که ما این کار را انجام دادیم، پرونده شما به طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 می رود.



H5. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2

ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از پاسخ منفی دادن به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما به سازمان بازبینی مستقل ارسال می کنیم. ما این کار را بطور خودکار انجام می دهیم. شما لازم نیست کاری انجام دهید.

اگر معتقدید که ما به این مهلت یا هر مهلت مقرر دیگری پایبند نبوده ایم، می توانید شکایت کنید. برای کسب اطلاعات در خصوص شکایت به بخش K مراجعه کنید.

سازمان بازبینی مستقل تجدیدنظر شما را مورد بازنگری سریع قرار می دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان شما را با دقت بررسی کرده و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می دهند.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما سهم خود را از هزینه هایی که شما از زمانی که به شما اعلام شده پوشش تان پایان می یابد متحمل شده اید را پرداخت کنیم.
- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش شما را تا زمانی که خدمات از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آنها قبول دارند که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از بیمارستان از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- آنها به شما نامه ای می دهند که به شما می گوید چنانچه می خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر در مرحله 3 ارائه دهید، چه کاری می توانید انجام دهید.

یک قاضی یا داور حقوقی حقوق اداری به درخواست تجدیدنظر مرحله 3 رسیدگی می کند. برای کسب اطلاعات در مورد مراحل 3، 4 و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.

شما همچنین می توانید شکایت کنید و از DMHC نیز یک بازنگری پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود درخواست کنید. لطفاً به بخش F4 در صفحه <XX> مراجعه کنید تا نحوه ثبت شکایت را آموخته و از DMHC درخواست کنید تا یک بررسی پزشکی مستقل داشته باشد. شما می توانید علاوه بر یا به جای درخواست تجدید نظر مرحله 3، یک درخواست بازبینی مستقل پزشکی را مطرح کنید.

ا. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی

این بخش صرفاً در خصوص سه نوع خدماتی است که می توانید دریافت کنید:

- خدمات مراقبت سلامت در منزل
- مراقبت های پرستاران ورزیده در مرکز پرستاری حرفه ای.
- مراقبت های بازتوانی در تسهیلات توانبخشی سرپایی (CORF) مورد تایید Medicare. این معمولاً به این معنی است که برای بیماری یا تصادف درمان می شوید یا اینکه در دوره نقاهت بعد از عمل جراحی بزرگ هستید.

با هر یک از این سه نوع خدمات، تا زمانی که پزشک معتقد است به آنها نیاز دارید، حق دریافت خدمات تحت پوشش را دارید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



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 سرویس پایان یابد، ما پرداخت به شما را برای آن قطع می کنیم.

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.

11. اعلان قبلی قبل از پایان پوشش شما

ما به شما یک اعلان کتبی ارسال می کنیم که حداقل دو روز قبل از اینکه پرداخت هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم، دریافت خواهید کرد. این اعلامیه، "اعلان عدم پوشش Medicare" نامیده می شود. اعلانی که به شما داده می شود تاریخ اتمام پوشش شما و نحوه تجدیدنظر در تصمیم ما را اعلام می کند.

شما یا شخصی به نمایندگی شما باید اعلان را امضاء کند تا دریافت آن قابل اثبات باشد. امضای اعلان صرفاً نشان می دهد که شما اطلاعات را در اختیار دارید. امضا کردن بدین معنا نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

12. درخواست تجدید نظر مرحله 1

چنانچه معتقدید که پوشش درمانی شما زودتر از موقع پایان می یابد، می توانید برای تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. این بخش به شما در خصوص فرآیند تجدیدنظر مرحله 1 و کارهایی که باید انجام دهید می گوید.

- **پیش از مهلت مقرر اقدام کنید.** مهلت مقرر مهم است. مهلت های مقرر برای کارهایی که باید انجام دهید را درک کرده و از آنها پیروی کنید. طرح ما نیز باید از مهلت های مقرر تبعیت کند. اگر معتقدید که ما این یا هر مهلت مقرر دیگر را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص شکایت به بخش K مراجعه کنید.

- **در صورت نیاز از ما کمک بخواهید.** در صورت داشتن سوال یا نیاز به کمک در هر زمانی:

- با مراقبت مشتریان در شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.
- با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP) به این شماره تماس بگیرید.
1-800-434-0222.

- **با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید**

- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها به بخش H2 مراجعه کنید یا به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

- از آنها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و برای تغییر تصمیم طرح ما تصمیم گیری کنند.

- **سریع عمل کنید و "درخواست تجدیدنظر سریع داشته باشید."** از سازمان بهبود کیفیت بپرسید که آیا از نظر پزشکی برای ما مناسب است که پوشش خدمات پزشکی شما را پایان دهیم.

آخرین مهلت شما برای تماس با این سازمان

- باید با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در اعلان عدم پوشش Medicare که برای شما ارسال کرده ایم آغاز کنید.

- اگر به مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت نرسید، می توانید درخواست خود را مستقیماً به طرح درمانی ما بفرستید. برای جزئیات در مورد نحوه انجام آن، به **بخش 14** مراجعه کنید.
- چنانچه سازمان بهبود کیفیت از شما تماسی مبنی بر ادامه پوشش خدمات بهداشتی درمانی شما نداشته باشد، یا فکر می کنید که وضعیت شما اضطراری است، شامل یک تهدید فوری و جدی برای سلامتی شما می شود، یا درد شدیدی دارید، شما می توانید شکایتی را از **California Department of Managed Health Care (DMHC)** جهت بررسی پزشکی مستقل بخواهید. لطفاً به بخش F4 در صفحه <xx> مراجعه کنید تا نحوه ثبت شکایت را آموخته و از DMHC درخواست کنید تا یک بررسی پزشکی مستقل داشته باشد.

اصطلاح حقوقی برای این اطلاعیه کتبی، "**اعلان عدم پوشش Medicare**" است. با شماره‌های پایین صفحه با بخش مراقبت مشتری برای دریافت نمونه، تماس بگیرید یا با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** در **24** ساعت شبانه‌روز و **7** روز هفته با Medicare در تماس باشید. کاربران TTY با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. شما همچنین می توانید یک نسخه از این اعلان را به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices دریافت کنید.

در حین درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می افتد

- بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده تان می پرسند که چرا فکر می کنید که پوشش شما باید. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می توانید بنویسید.
- بازبین‌ها به اطلاعات پزشکی شما نگاه کرده، با پزشکتان صحبت می‌کنند و اطلاعاتی را که طرح ما به آنها داده است، مرور می‌کنند.
- طرح ما همچنین یک اعلان کتبی برای شما ارسال می کند که دلایل ما را برای پایان دادن به پوشش خدمات شما توضیح می دهد. شما این اعلان را تا پایان روز دریافت می‌کنید که به بازبینی‌کنندگان ما از درخواست تجدیدنظر شما اطلاع می‌دهند.

اصطلاح حقوقی برای توضیح اعلان "**توضیح تفصیلی عدم پوشش**" است.

- بازبین‌ها تصمیم خود را در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما اطلاع می دهند.
- اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که از نقطه نظر پزشکی لازم باشد ارائه خواهیم کرد.
- اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- پوشش شما در تاریخی که به شما اعلام کردیم پایان می یابد.
- پرداخت سهمیه خود از هزینه های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلان متوقف می کنیم.



- اگر پس از پایان پوشش خود تصمیم به ادامه مراقبت های بهداشتی در منزل، مراقبت از مرکز پرستاری حرفه ای، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF) داشته باشید، هزینه کامل این مراقبت را خودتان می پردازید.
- شما تصمیم می گیرید که آیا می خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر مرحله 2 را داشته باشید یا خیر.

13. درخواست تجدید نظر مرحله 2

برای درخواست تجدید نظر در مرحله 2، شما می توانید از سازمان بهبود کیفیت بخوانید که تصمیم اتخاذ شده در درخواست تجدید نظر مرحله 1 را مجدداً مرور کند. با آن ها به این شماره تماس بگیرید (TTY: (855) 887-6668 (877) 588-1123).

باید ظرف 60 روز تقویمی پس از روزی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی داد، این بازبینی را درخواست کنید. فقط در صورتی می توانید درخواست بازنگری کنید که شما مراقبت را پس از تاریخ پایان پوشش مراقبت خود ادامه دهید.

بازبینان سازمان بهبود کیفیت:

- یک نگاه دقیق دیگر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدید نظر خود می اندازند.
- تصمیم خود را در خصوص درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بازبینی دوم به شما می گویند.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما سهم خود را از هزینه هایی که شما از زمانی که به شما اعلام شده پوشش تان پایان می یابد متحمل شده اید را پرداخت کنیم.

- ما مراقبت را تا زمانی که از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد، پوشش می دهیم.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافقت می کنند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها به شما نامه ای می دهند که به شما می گوید چنانچه می خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر در مرحله 3 ارائه دهید، چه کاری می توانید انجام دهید.
- شما می توانید شکایتی را ثبت کنید و از DMHC بخوانید که یک بررسی پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات مراقبت های بهداشتی خود داشته باشد. لطفاً به **بخش F4 در صفحه <xx>** مراجعه کنید تا نحوه درخواست از DMHC برای یک بررسی پزشکی مستقل را یاد بگیرید. شما می توانید شکایتی را ثبت کنید و علاوه بر این یا به جای درخواست تجدیدنظر مرحله 3، از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل کنید.

یک قاضی یا داور حقوقی حقوق اداری به درخواست تجدیدنظر مرحله 3 رسیدگی می کند. برای کسب اطلاعات در مورد مراحل 3، 4 و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.



14. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 1

همانطور که در **بخش 12** توضیح داده شد، شما باید سریعاً اقدام کرده و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر مرحله 1 خود را شروع کنید. چنانچه مهلت مقرر را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند "تجدیدنظر جایگزین" استفاده کنید.

با شماره‌های پایین صفحه با بخش مراقبت مشتریان تماس گرفته و از ما بخواهید تا "بازنگری سریع" کنیم.

اصطلاح حقوقی برای "بازنگری سریع" یا "تجدیدنظر سریع" عبارت "تجدیدنظر تسریع شده" می‌باشد.

- ما تمام اطلاعات مربوط به پرونده شما را بررسی می‌کنیم.
 - زمانی که تاریخ پایان پوشش خدمات شما را تعیین کردیم، بررسی می‌کنیم که اولین تصمیم منصفانه بوده و از قوانین پیروی کرده باشد.
 - ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بازنگری سریع به شما ارائه می‌دهیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما جواب مثبت بدهیم:
- ما موافقت می‌کنیم که شما به خدمات طولانی‌تری نیاز دارید.
 - ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که خدمات از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.
 - از زمانی که به شما اعلام شده که پوشش شما پایان می‌یابد، ما می‌پذیریم که سهم خود را از هزینه‌هایی که شما متحمل شده‌اید پرداخت کنیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما جواب منفی بدهیم:
- پوشش ما برای این خدمات در تاریخی که به شما اعلام کردیم پایان می‌یابد.
 - پس از این تاریخ هیچ سهمی از هزینه‌ها را پرداخت نخواهیم کرد.
 - چنانچه پس از تاریخی که به شما گفته‌ایم پوشش ما به پایان می‌رسد، به دریافت آنها ادامه دهید، هزینه کامل این خدمات را پرداخت می‌کنید.
 - ما درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بازبینی مستقل ارسال می‌کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. هنگامی که ما این کار را انجام دادیم، پرونده شما به طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 می‌رود.



15. طرح یک درخواست تجدیدنظر جایگزین مرحله 2

در طول درخواست تجدیدنظر مرحله 2،

ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از پاسخ منفی دادن به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما، به سازمان بازبینی مستقل ارسال می کنیم. ما این کار را بطور خودکار انجام می دهیم. شما لازم نیست کاری انجام دهید.

اگر معتقدید که ما به این مهلت یا هر مهلت مقرر دیگری پایبند نبوده ایم، می توانید شکایت کنید. برای کسب اطلاعات در خصوص شکایت به بخش K مراجعه کنید.

سازمان بازبینی مستقل تجدیدنظر شما را مورد بازنگری سریع قرار می دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به تریخیص از بیمارستان شما را با دقت بررسی کرده و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می دهند.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما سهم خود را از هزینه هایی که شما از زمانی که به شما اعلام شده پوشش تان پایان می یابد متحمل شده اید را پرداخت کنیم.
- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش شما را تا زمانی که خدمات از نقطه نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافقت می کنند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها به شما نامه ای می دهند که به شما می گوید چنانچه می خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر در مرحله 3 ارائه دهید، چه کاری می توانید انجام دهید.

شما همچنین می توانید شکایتی را ثبت کنید و از DMHC بخواهید که یک بررسی پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات مراقبت های بهداشتی خود داشته باشد. لطفاً به بخش F4 در صفحه <XX> مراجعه کنید تا نحوه درخواست از DMHC برای یک بررسی پزشکی مستقل را یاد بگیرید. شما می توانید شکایتی را ثبت کنید و علاوه بر این یا به جای درخواست تجدیدنظر مرحله 3، درخواست بررسی پزشکی مستقل کنید.

یک قاضی یا داور حقوقی حقوق اداری به درخواست تجدیدنظر مرحله 3 رسیدگی می کند. برای کسب اطلاعات در مورد مراحل 3، 4 و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.

J. درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2**J1. گام های بعد برای خدمات و اقلام Medicare**

اگر پاسخ مراحل 1 و 2 تجدیدنظر برای خدمات یا اقلام Medicare هر دو رد شده باشد، حق درخواست مراحل بیشتری از تجدیدنظر دارید.

چنانچه ارزش دلاری خدمات Medicare با موردی که درخواست دادید با حداقل مبلغ دلاری مطابقت نداشته باشد، دیگر نمی توانید درخواست تجدید نظری ارائه کنید. چنانچه ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می توانید



فرآیند تجدید نظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از سازمان بازبینی مستقل برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس گرفته و چه کاری را باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر مرحله 3 را انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر مرحله 3

مرحله 3 تجدیدنظر توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) انجام می‌شود. فردی که تصمیم‌گیری می‌کند، یک ALJ یا یک داور حقوقی می‌باشد که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا داور حقوقی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، ما حق داریم در خصوص تصمیم مرحله 3 که برای شما مطلوب است تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** آن تصمیم را بگیریم، یک کپی از درخواست تجدیدنظر مرحله 4 را به همراه هر گونه اسناد همراه برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است پیش از مجاز کردن یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر مرحله 4 باشیم.
- چنانچه تصمیم گرفتیم که به این **تصمیم اعتراض نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا داور حقوقی، دریافت این خدمات را به شما اجازه داده یا ارائه کنیم.
- اگر ALJ یا داور حقوقی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدید نظر پایان نیافته باشد.
- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **بپذیرید**، روند تجدید نظر به پایان می‌رسد.
- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلانی که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای درخواست تجدیدنظر مرحله 4 چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر مرحله 4

شورای تجدید نظر Medicare درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال می‌باشد.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر مرحله 4 شما جواب **مثبت** بدهد یا درخواست ما را برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر مرحله 3 که به نفع شماست رد شود، ما حق داریم به مرحله 5 تجدید نظر برسیم.

- چنانچه تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در خصوص تصمیم را گرفتیم، به صورت کتبی به شما اعلام می‌کنیم.
- چنانچه تصمیم گرفتیم که به این **تصمیم اعتراض نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا، دریافت این خدمات را به شما اجازه داده یا ارائه کنیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدید نظر پایان نیافته باشد.
- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **بپذیرید**، روند تجدید نظر به پایان می‌رسد.



- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند نپذیرید، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلانی که دریافت می کنید اعلام می کند که آیا می توانید به درخواست تجدیدنظر مرحله 5 رفته و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر مرحله 5

یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدید نظر و همه اطلاعات شما را بررسی می کند و تصمیم برای پاسخ مثبت یا منفی را می گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

J2. درخواست تجدید نظر اضافی Medi-Cal

چنانچه درخواست تجدیدنظر شما در خصوص خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می دهد، همچنین شما از حقوق تجدیدنظر دیگری برخوردار می باشید. نامه ای که از دفتر رسیدگی عادلانه دریافت می کنید به شما اعلام می کند که چنانچه تمایل دارید روند تجدید نظر را ادامه دهید، چه کاری باید انجام دهید. 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.

J3. مراحل 3، 4 و 5 درخواست تجدیدنظر برای درخواست های داروی بخش D

این بخش ممکن است برای شما مناسب باشد اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 1 و مرحله 2 انجام داده باشید و هر دو درخواست تجدید نظر شما رد شده باشد.



چنانچه ارزش دارویی که درخواست دادید به مقدار دلاری معینی برسد، به سطوح بیشتری از درخواست تجدید نظر ممکن است بتوانید بروید. پاسخ مکتوبی که برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس گرفته و چه کاری را باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر مرحله 3 را انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر مرحله 3

مرحله 3 تجدیدنظر توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) انجام می‌شود. فردی که تصمیم‌گیری می‌کند، یک ALJ یا یک داور حقوقی می‌باشد که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا داور حقوقی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما پوشش دارویی تایید شده را باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجاز کرده یا ارائه دهیم و یا حداکثر 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- اگر ALJ یا داور حقوقی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدید نظر پایان نیافته باشد.
- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیرید، روند تجدید نظر به پایان می‌رسد.
- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند نپذیرید، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلانی که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای درخواست تجدیدنظر مرحله 4 چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر مرحله 4

شورای تجدید نظر Medicare درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال می‌باشد.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما پوشش دارویی تایید شده را باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجاز کرده یا ارائه دهیم و یا حداکثر 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند تجدید نظر پایان نیافته باشد.
- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیرید، روند تجدید نظر به پایان می‌رسد.



- چنانچه تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند نپذیرید، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلانی که دریافت می کنید اعلام می کند که آیا می توانید به درخواست تجدیدنظر مرحله 5 رفته و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر مرحله 5

یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدید نظر و همه اطلاعات شما را بررسی می کند و تصمیم برای پاسخ مثبت یا منفی را می گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

K. چگونه شکایت کنیم

K1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد

فرآیند شکایات فقط برای برخی مشکلات است، مانند مسایل مربوط به کیفیت خدمات درمانی، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات امور مشتریان. در اینجا مثالهایی می بینید از مشکلات خاصی که با روند شکایت پیگیری می شوند.

مثال	شکایت
• از کیفیت درمان خود راضی نیستید، مانند درمان شما در بیمارستان.	کیفیت مراقبت های پزشکی شما
• اگر فکر می کنید شخصی حقوق حریم خصوصی شما را محترم ندانسته است، یا اطلاعات محرمانه ای درباره شما را به اشتراک گذاشته است.	احترام به حریم خصوصی شما
• یکی از ارائه دهنده گان خدمات سلامتی یا کارکنان به شما بی احترامی کرده است. • کارکنان ما با شما بد رفتار کردند. • احساس می کنید شما را از طرح بیمه ما بیرون می رانند.	بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتریان یا سایر رفتارهای منفی
• به علت موانع فیزیکی نمی توانید به تسهیلات و خدمات درمانی پزشک معالج یا درمان کنندگان دیگر دسترسی پیدا کنید. • پزشک یا ارائه دهنده شما مترجم همزمانی برای زبان غیرانگلیسی که شما صحبت می کنید ارائه نمی کند (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی). • ارائه دهنده خدمات شما سایر تسهیلات معقول مورد نیاز و درخواست شما را به شما ارائه نمی کند.	دسترسی و کمک زبانی



مثال	شکایت
- برای گرفتن نوبت مشکل دارید و یا باید برای نوبت مدت زمان بسیاری صبر می کنید. - پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان سلامت، مراقبت از مشتری، یا سایر کارکنان طرح، شما را برای مدت بسیار طولانی منتظر می گذارند.	زمان های انتظار
معتقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.	پاکیزگی
- معتقدید که ما فراموش کرده ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می فرستادیم را ارسال کنیم. - معتقدید اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده ایم پیچیده و مشکل هستند.	اطلاعاتی که از ما دریافت می کنید
- شما فکر می کنید که ما برای تصمیم گیری درباره میزان پوشش یا در پاسخ دهی به درخواست تجدیدنظر، مهلت های مقرر را رعایت نمی کنیم. - فکر می کنید 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 فکر نمی کنید ما پرونده شما را به موقع به سازمان بازبینی مستقل ارسال کرده باشیم.	سروقت بودن تصمیمات پوشش یا درخواست تجدیدنظر

شکایت ها انواع مختلفی دارد. 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 غیروابسته طرح شده و مورد بررسی قرار می گیرد. اگر برای طرح یک شکایت داخلی و یا خارجی به کمک نیاز داشتید، می توانید با مراقبت مشتریان به شماره 452-4113 (800) تماس بگیرید.

اصطلاح حقوقی برای یک "شکایت" عبارت از "شکوائیه" می باشد.

اصطلاح حقوقی برای "طرح شکایت" عبارت از "ایراد شکوائیه" می باشد.



K2. شکایات های داخلی

برای طرح یک شکایت داخلی، با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 با بخش مراقبت از مشتریان 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 مشکلی که می خواهید از آن شکایت کنید، مطرح شوند.

- اگر لازم است اقدام دیگری انجام دهید مراقبت مشتریان 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.
 - در اینجا نحوه کارکرد آن به شرح زیر است:
 - گام 1: یک شکایت را ثبت کنید
- جهت شروع فرآیند، ظرف 60 روز تقویمی پس از رویداد، با یک نماینده مراقبت مشتریان تماس گرفته و بخواهید شکایتی را ثبت کنید. همچنین می توانید شکایت خود را به صورت کتبی ظرف 60 روز تقویمی پس از رخداد با ارسال آن به آدرس زیر ارسال کنید:

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
فکس: (916) 350-6510

در صورت تماس با ما از طریق فکس یا از طریق پست، لطفاً با ما تماس گرفته تا فرم درخواست تجدید نظر و شکایت طرح Blue Shield TotalDual Plan را درخواست کنید.

ما ظرف 5 روز تقویمی نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد و به شما اطلاع می دهیم که اخطار نگرانی شما را دریافت کرده ایم و نام شخصی را که روی آن کار می کند به شما می دهیم. ما معمولاً ظرف 30 روز تقویمی آن را حل خواهیم کرد.

چنانچه به این دلیل که تصمیم گرفتیم "تصمیم سریع" یا "تجدیدنظر سریع" را به شما ندهیم، درخواست "شکایت تسریع شده" می کنید، درخواست شما را به یک مدیر پزشکی که در تصمیم اولیه ما نقشی نداشته است ارسال می کنیم. ممکن است از شما بپرسیم که آیا اطلاعات بیشتری دارید که در زمان درخواست "تصمیم گیری اولیه سریع" یا "تجدیدنظر سریع" در دسترس نبوده باشد.

مدیر پزشکی درخواست شما را بررسی خواهد کرد و تصمیم می گیرد که آیا تصمیم اولیه ما مناسب بوده است یا خیر. ما برایتان نامه ای حاوی تصمیم خود را ظرف 24 ساعت پس از درخواست شما جهت "شکایت تسریع شده" ارسال می کنیم.

ما باید به شکایت شما در اسرع وقت با توجه به وضعیت سلامتی شما رسیدگی کنیم، اما حداکثر تا قبل از 30 روز تقویمی پس از دریافت شکایت شما. مرحله

- 2: رسیدگی به شکایات



چنانچه از حل و فصل شکایت خود در رابطه با کیفیت مراقبت راضی نیستید، می‌توانید درخواست کتبی از اداره رسیدگی به شکایات و تجدید نظر Blue Shield Medicare برای رسیدگی به شکایات ارائه دهید. ما هینتی را برای شنیدن پرونده شما ظرف 31 روز تقویمی پس از درخواست کتبی شما، تشکیل می‌دهیم. از شما برای شرکت در جلسه که شامل یک پزشک غیر درگیر در مورد شما و نماینده ای از اداره تجدید نظر و حل و فصل شکایات است، دعوت خواهد شد. می‌توانید به صورت حضوری یا از طریق کنفرانس تلفنی شرکت کنید. پس از جلسه دادرسی، نامه حل و فصل نهایی را برای شما ارسال می‌کنیم.

- اگر از حل و فصل شکایت خود که شامل کیفیت مراقبت مانند زمان انتظار، بی‌احترامی، خدمات مشتری یا پاکیزگی نمی‌شود، می‌توانید با اداره مراقبت مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید تا درخواست بررسی بیشتر کنید..

اصطلاح حقوقی برای "شکایت سریع" عبارت "شکوائیه تسریع شده" می‌باشد.

در صورت امکان، پاسخ شما را با سرعت می‌دهیم. 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، می‌توانیم به شما پاسخ سریع بدهیم.

- ما اغلب شکایت‌ها را طی 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر ما در 30 روز تقویمی و به این علت که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم تصمیم نگیریم، شما را به صورت کتبی مطلع می‌کنیم. ما همچنان یک به روزرسانی از وضعیت و زمان تخمینی برای دریافت پاسخ توسط شما را به شما ارائه می‌دهیم.
 - اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما را برای "تصمیم پوشش سریع" یا "تجدید نظر سریع" رد کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر گرفته و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
 - اگر شکایت شما به این دلیل است که ما برای یک تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر وقت اضافی صرف کرده ایم، ما بطور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر گرفته و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر با برخی از موارد یا همه موارد شکایت شما موافق نباشیم، با ذکر دلیل به شما اطلاع خواهیم داد. در پاسخ شما اعلام می‌کنیم که با شکایت شما موافقیم یا خیر.

K3. شکایات های خارجی

Medicare

می‌توانید با Medicare شکایت خود را در میان بگذارید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در وبسایت زیر موجود است: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.



پیش از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت با Blue Shield TotalDual Plan ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی می گیرد و از این اطلاعات استفاده کرده تا کیفیت برنامه Medicare را بهبود بخشد.

در صورت داشتن نظرات یا مسائل، یا اگر معتقد هستید که این طرح سلامت پاسخگوی مشکل شما نیست، می توانید با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

می توانید با تماس با شماره 1-888-452-8609، با دپارتمان خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا (DHCS) بازرس مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal شکایت کنید. کاربران TTY می توانند با شماره تلفن 711 تماس بگیرند. از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید.

می توانید شکایتی را به California Department of Managed Health Care (DMHC) ارسال کنید. DMHC مسئول نظارت بر 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، 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:

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افرادی ناشنوا، کم شنوا، یا دچار مشکل گفتاری هستند می توانند از شماره رایگان 1-877-688-9891 TTY تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- به وب سایت اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده به نشانی (www.dmhc.ca.gov) مراجعه نمایید.

دفتر حقوق مدنی

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. 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 اصلاحیه های سال 2008 قانون آمریکایی های دارای معلولیت (P.L. 110-325) می توانید برای درخواست کمک با برنامه بازرسان Medi-Cal تماس بگیرید. شماره تلفن عبارت است از 1-888-452-8609

سازمان بهبود کیفیت

اگر شکایت شما درخصوص کیفیت درمان است، دو انتخاب دارید:

- می توانید درباره کیفیت خدمات درمانی شکایت خود را با سازمان بهبود کیفیت مطرح کنید.
- می توانید شکایت خود را به سازمان بهبود کیفیت و طرح ما ارسال کنید. اگر به سازمان بهبود کیفیت 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 **بخش H2** مراجعه کنید یا به **فصل 2 کتابچه راهنمای اعضاء** خود مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت را Livanta می نامند. شماره تلفن آنها عبارتست از: (877) 588-1123 (TTY) 887-6668 (855).



فصل 10: پایان عضویت در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید بعد از ترک طرح ما، عضویتتان را با طرح ما و گزینه های پوشش سلامت خود پایان دهید. 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 شما آمده است.

فهرست مطالب

- A. زمانی که می‌توانید عضویت خود را با طرح ما به پایان برسانید 215
- B. نحوه انصراف از عضویت در طرح ما 216
- C. روش دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal 216
- C1. خدمات Medicare شما 216
- C2. خدمات Medi-Cal شما 219
- D. چگونه تا پایان عضویت در طرح ما، خدمات و داروهای پزشکی خود را دریافت کنید 219
- E. سایر شرایطی که در آن عضویت در طرح ما خاتمه می‌یابد 220
- F. قوانینی که بر اساس آنها ما اجازه نداریم به دلایل مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که طرح ما را ترک کنید 221
- G. اگر ما عضویت شما در طرح را پایان دهیم شما حق شکایت دارید 221



A. زمانی که می توانید عضویت خود را با طرح ما به پایان برسانید

اکثریت افراد دارای Medicare می توانند در زمان های مشخصی از سال عضویت خود را به پایان برسانند. از آنجایی که شما Medi-Cal دارید، امکان دارد بتوانید عضویت خود را در طرح ما پایان داده یا یک بار در طول هر یک از دوره های ویژه ثبت نام زیر به طرح دیگری تغییر دهید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- جولای تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره ویژه ثبت نام، عضویت خود را در طرح ما در دوره های زیر هر سال می توانید خاتمه دهید:

- دوره ثبت نام سالانه از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. چنانچه در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در تاریخ 31 دسامبر به پایان رسیده و عضویت شما در طرح جدید از ابتدای ژانویه شروع می شود.

- دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. در صورت انتخاب طرح جدید در این مدت، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد آغاز می شود.

شرایط دیگری ممکن است وجود داشته باشد که شما واجد شرایط ایجاد تغییر در ثبت نام خود باشید. به طور مثال، زمانی که:

- شما از منطقه خدمات ما خارج شوید،

- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا Extra Help تغییر کند، یا

- اگر اخیراً به آنجا نقل مکان کرده اید، در حال حاضر تحت مراقبت هستید، یا به تازگی از یک خانه سالمندان یا یک بیمارستان مراقبت طولانی مدت نقل بیرون آمده اید.

عضویت شما در آخرین روز ماهی که از ما درخواست تغییر طرح بیمه درمانی کرده اید پایان می یابد. به طور مثال، چنانچه 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.

اگر از طرح ما خارج شوید، می توانید به اطلاعات زیر درباره خودتان دست پیدا کنید:

- گزینه های Medicare در جدول در **بخش C1**.

- گزینه های Medi-Cal در **بخش C2**.

همچنین می توانید با تماس با شماره های زیر اطلاعات بیشتری در خصوص نحوه پایان دادن به عضویتان بدست بیاورید:

- مراقبت مشتریان در شماره های پایین صفحه.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، لطفاً به وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.
- Health Care Options با شماره 1-844-580-7272 دوشنبه الی جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- بازرس مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal با شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر. یا ایمیل MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

توجه: اگر در یک برنامه مدیریت دارویی عضویت داشته باشید، ممکن است نتوانید طرح خود را تغییر دهید. برای اطلاعات بیشتر درباره برنامه های مدیریت دارویی به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

B. نحوه انصراف از عضویت در طرح ما

اگر می خواهید طرح ما را ترک کنید، گزینه های زیر دارید:

- 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare با این شماره تماس بگیرید (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) کاربران TTY (افراد 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 <page number> موجود است.
- 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.
- بخش C در زیر شامل مراحل است که می توانید برای ثبت نام در طرح دیگری انجام داده که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان خواهد داد.

C. روش دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal

چنانچه بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود، گزینه هایی دارید.

C1. خدمات Medicare شما

برای دسترسی به خدمات Medicare سه گزینه خواهید داشت که در زیر لیست شده است. با انتخاب هر یک از این گزینه ها، بطور خودکار عضویت شما در طرح ما پایان می یابد.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید.

www.blueshieldca.com/medicare.



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 PACE با این شماره تماس بگیرید (7223) 1-855-921-PACE اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه مشاوره و حمایت از 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. یا در یک طرح جدید Medicare ثبت نام کنید. وقتی پوشش طرح بیمه جدید شما آغاز می شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می شوید. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	1. می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: یکی دیگر از طرح های بهداشتی Medicare از جمله طرحی که پوشش Medicare و Medi-Cal شما را ترکیب می کند.
---	--



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 مشاوره و حمایت از 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. یا در یک طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت نام کنید. زمانی که پوشش Original Medicare شما شروع شود، به طور خودکار از طرح ما خارج می شوید. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.	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 مشاوره و حمایت از 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. زمانی که پوشش Original Medicare شما شروع شود، به طور خودکار از طرح ما خارج می شوید. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.	3. می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare بدون برنامه مجزای Medicare برای داروهای نسخه ای توجه: در صورتی که 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 مشاوره و حمایت از 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
---	---

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤالات در خصوص نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما 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. بپرسید که پیوستن به طرح دیگری یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می گذارد.

D. چگونه تا پایان عضویت در طرح ما، خدمات و داروهای پزشکی خود را دریافت کنید

اگر طرح بیمه ما را ترک کنید، ممکن است مدتی طول بکشد تا عضویت شما پایان داده شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. در این مدت، تا زمانی که طرح جدید شما آغاز شود داروهای تجویزی و مراقبت های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می کنید.

- از داروخانه های شبکه ما از جمله سرویس پستی داروخانه ما برای تکمیل نسخه های خود استفاده کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- اگر در روزی که عضویت شما در Blue Shield TotalDual Plan پایان می یابد بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمانی که مرخص شوید پوشش می دهد.

E. سایر شرایطی که در آن عضویت در طرح ما خاتمه می یابد

اینها مواردی هستند که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر وقفه ای در پوشش بخش A و بخش B از Medicare شما به وجود آید.
 - اگر دیگر واجد شرایط دریافت خدمات Medi-Cal (Medicaid) نباشید. بیمه ما صرفاً برای اشخاصی است که همزمان واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) باشند.
 - ذینفعان Medicare که در طرح Blue Shield TotalDual Plan ثبت نام می کنند، باید برای Medicare بخش A و بخش B و Medi-Cal (Medicaid) واجد شرایط باشند. اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal (Medicaid) نیستید، از دست دادن وضعیت Medi-Cal (Medicaid) به شما اطلاع خواهیم داد و به پوشش مزایای Medicare شما ادامه می دهیم تا زمانی که بتوانید ظرف 6 ماه آینده پس از اعلام از دست دادن وضعیت نیازهای ویژه مجدداً برای Medi-Cal (Medicaid) واجد شرایط شوید.
 - ما فرصت تغییر به یکی از طرح های غیر HMO D-SNP خود را گسترش می دهیم. طرح غیر HMO D-SNP به ذینفعانی ارائه می شود که حق استفاده از Medicare بخش A و Medicare بخش B را دارند، اما مزایای Medi-Cal (Medicaid) ندارند. Medicare یک دوره ثبت نام ویژه (SEP) را برای ذینفعان Medicare که دیگر واجد شرایط Medi-Cal (Medicaid) نیستند، ارائه می دهد.
 - چنانچه در مدت شش (6) ماه پس از اعلام از دست دادن وضعیت نیازهای ویژه، واجد شرایط Medi-Cal (Medicaid) نباشید یا فرصت تغییر به طرح غیر HMO D-SNP را نپذیرید، به طور ناخواسته از Blue Shield TotalDual Plan حذف خواهید شد.
 - اگر از محدوده تحت پوشش خدمات ما نقل مکان کنید.
 - اگر از محدوده تحت پوشش خدمات ما بیش از 6 ماه دور باشید. اگر نقل مکان یا مسافرت طولانی می کنید، مراقبت مشتریان تماس بگیرید تا بدانید جایی که در حال حرکت یا سفر هستید در منطقه خدماتی طرح ما قرار دارد 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.
 - چنانچه شما واجد شرایط عضویت بر این اساس نباشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid این امر را به ما اطلاع خواهند داد.
 - چنانچه شما واجد شرایط این الزامات نباشید، ما باید عضویت شما را لغو کنیم.
- در موارد زیر فقط با کسب اجازه از Medicare و Medi-Cal می توانیم شما را مجبور به ترک طرح خود کنیم:

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



- با قصد قبلی در زمان عضو شدن در بیمه اطلاعات غلط ارائه کرده اید و این اطلاعات واجد شرایط بودن شما را تحت تأثیر 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 شناسایی طرح بیمه شما برای استفاده از خدمات درمانی سود ببرد. (در صورتی که به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد که پرونده شما را بررسی کند).

F. قوانینی که بر اساس آنها ما اجازه نداریم به دلایل مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که طرح ما را ترک کنید

ما نمی توانیم از شما بخواهیم برای دلیلی که مربوط به سلامت شما می شود طرح بیمه ما را ترک کنید اگر فکر می کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما می خواهیم طرح خود را ترک کنید، با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE (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.

G. اگر ما عضویت شما در طرح را پایان دهیم شما حق شکایت دارید

اگر به عضویت شما در طرح بیمه ما 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 **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.



فصل 11: اعلان های قانونی

مقدمه

در این فصل آندسته اعلان های قانونی که به عضویت شما در طرح بیمه ما مربوط می باشد فهرست شده اند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر کتابچه راهنمای اعضاء شما آمده است.

فهرست مطالب

223	A. اعلامیه درباره قوانین
223	B. اعلامیه درباره عدم تبعیض نژاد
224	C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانوی و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده
224	D. مدیریت سند پوشش
224	E. همکاری اعضاء
225	F. تکالیف
225	G. مسئولیت کارفرما
225	H. مسئولیت سازمان دولتی
225	I. سازمان نیروهای مسلح ایالات متحده
225	J. غرامت کارگران یا مزایای مسئولیت کارفرما
225	K. بازایی اضافه پرداختی
226	L. زمانی که شخص ثالثی باعث صدمات شما می شود
227	M. اعلامیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت
227	N. گزارش کردن تقلب، اتلاف و سوءاستفاده



A. اعلامیه درباره قوانین

بسیاری از قوانین شامل حال 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 راهنمای اعضاء گنجانده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی اعمال شده، قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه های Medicare و Medi-Cal هستند. ممکن است قوانین فدرال و دولتی 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 کنند. 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، منشأ ملی، نژاد، مذهب، جنسیت یا گرایش جنسی تبعیض قائل نمی شویم یا با شما رفتار متفاوتی نخواهیم داشت. علاوه بر این، ما به دلیل اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، افراد را به طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نداده، حذف نکرده یا با آنها رفتار متفاوتی نمی کنیم.

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.
- با اداره حقوق مدنی در دیپارتمان خدمات مراقبت های بهداشتی با شماره تلفن 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره تلفن 711 تماس بگیرند (خدمات رله مخابرات).
- همچنین می توانید ایمیلی به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال نمایید.
- یک فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای به این آدرس ارسال کنید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم های شکایت در این آدرس در دسترس می باشند:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

چنانچه فکر می کنید که مورد تبعیض قرار گرفته و می خواهید شکایتی را در مورد تبعیض مطرح کنید، با بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. چنانچه اطلاعات بیشتری می خواهید یا نگرانی هایی در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید، لطفاً با اداره حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی به شماره (TTY 1-800-537-7697) 1-800-368-1019 یا دفتر محلی خود برای حقوق مدنی تماس بگیرید. همچنین می توانید اطلاعات اداره حقوق مدنی در وزارت بهداشت و خدمات انسانی را در <https://www.hhs.gov/ocr/index> مرور کنید.

اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می توانید از طریق تلفن، کتبی یا به صورت الکترونیکی با دیپارتمان خدمات مراقبت های بهداشتی، دفتر حقوق مدنی، شکایت کنید:

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



- از طریق تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی تکلم کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله ارتباطات از راه دور) تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: یک فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای به این آدرس ارسال کنید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم های شکایت در این آدرس در دسترس می باشند dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- به صورت الکترونیکی: همچنین می‌توانید ایمیلی به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال نمایید.

اگر به یک ناتوانی دچار هستید و برای دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی نیاز به کمک دارید، با مراقبت های بهداشتی تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل دسترسی با صندلی چرخدار، مراقبت مشتریان 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 دیگر باید ابتدا برای خدماتی که ما ارائه می دهیم پرداخت کند. به عنوان مثال، اگر در حادثه رانندگی مجروح شده اید یا در محیط کار صدمه ببینید، ابتدا بیمه یا شرکت جبران خسارت 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.

ما از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث در قبال خدمات بهداشتی و درمانی به اعضا پیروی می کنیم. ما تمامی اقدامات منطقی را انجام می دهیم تا مطمئن شویم Medi-Cal آخرین گزینه برای پرداخت است.

D. مدیریت سند پوشش

ما خطمشی‌ها، رویه‌ها و تفاسیر معقولی را برای ترویج مدیریت منظم و کارآمد این شواهد پوشش می توانیم اتخاذ کنیم.

E. همکاری اعضاء

شما باید هر گونه درخواست، فرم ها، اظهارنامه ها، آزدسازی ها، مجوزها، فرم های حق التزام و هر سند دیگری را که ما در روند عادی کسب و کار یا همانطور که در این مدرک پوشش مشخص شده است، تکمیل کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید.

www.blueshieldca.com/medicare.



F. تکالیف

شما نمی‌توانید این سند پوشش یا هیچ یک از حقوق، منافع، مطالبات مربوط به پول، مزایا یا تعهدات مندرج در این قسمت را بدون رضایت کتبی قبلی ما واگذار کنید.

G. مسئولیت کارفرما

برای هر گونه خدماتی که قانون کارفرما را ملزم به ارائه آن می‌کند، ما مبلغی به کارفرما نخواهیم داد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش می‌دهیم ممکن است ارزش خدمات را از کارفرما پس بگیریم.

H. مسئولیت سازمان دولتی

برای هر نوع خدماتی که طبق قانون صرفاً توسط یک سازمان دولتی ارائه می‌شود یا فقط از آن دریافت می‌شود، ما به سازمان دولتی مبلغی نخواهیم پرداخت و زمانی که چنین خدماتی را پوشش می‌دهیم ممکن است ارزش خدمات را از سازمان دولتی دریافت کنیم.

I. سازمان نیروهای مسلح ایالات متحده

برای هر گونه خدمات برای شرایطی که قانون موظف است سازمان نیروهای مسلح ارائه کند، ما به سازمان نیروهای مسلح مبلغی نخواهیم داد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش دهیم، ممکن است ارزش خدمات را از سازمان نیروهای مسلح دریافت کنیم.

J. غرامت کارگران یا مزایای مسئولیت کارفرما

شما ممکن است واجد شرایط دریافت پرداخت ها یا سایر مزایا تحت قانون جبران خسارت کارگران یا مسئولیت کارفرما باشید. حتی اگر مشخص نباشد که آیا شما مستحق مزایا هستید یا خیر، ما داروهای تحت پوشش بخش D را ارائه خواهیم داد، اما ممکن است ارزش هر یک از خدمات تحت پوشش را از منابع زیر بازپایی کنیم:

1. از هر منبعی که مزایایی را ارائه می‌کند یا از آن مزایا برخوردار است.
2. از شما تا حدی که مزایا ارائه شده یا قابل پرداخت است یا در صورتی که با جدیت به دنبال احراز حقوق خود در مورد مزایا تحت هر قانون غرامت کارگران یا مسئولیت کارفرما بوده اید، باید قابل ارائه یا پرداخت باشد.

K. بازپایی اضافه پرداختی

ما هر گونه اضافه پرداختی را که برای خدمات انجام می‌دهیم از هر کسی که چنین اضافه پرداختی را دریافت می‌کند یا از هر شخص یا سازمانی که موظف به پرداخت برای خدمات است، ممکن است بازپایی کنیم.



L. زمانی که شخص ثالثی باعث صدمات شما می شود

اگر به دلیل فعل یا ترک کار شخص دیگری (یک شخص ثالث) مجروح یا بیمار شوید، Blue Shield مزایای طرح را، با توجه به خدمات مورد نیاز در نتیجه آن آسیب، ارائه خواهد کرد و دارای حق عادلانه ای برای استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل های موجود برای بازبایی مبالغ پرداختی Blue Shield برای خدمات ارائه شده به شما از هر بازبایی (تعریف شده در زیر) به دست آمده توسط یا از طرف شما، از یا از طرف شخص ثالث مسئول آسیب یا بیماری یا از پوشش رانندگان بدون بیمه/بیمه نشده هستید.

این حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل های موجود در برابر هرگونه بهبودی است که در نتیجه آسیب یا بیماری دریافت می کنید، از جمله هر مبلغی که به حکم دادگاه، رای داور، تسویه حساب یا هر ترتیب دیگری، از طرف هر شخص ثالث یا بیمهگر شخص ثالث، یا از پوشش رانندگان بدون بیمه یا با بیمه کم، مربوط به بیماری یا آسیب ("بهبود")، بدون در نظر گرفتن اینکه آیا شما بهبود "کامل" حاصل کرده اید، دریافت شده است. حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل های موجود با توجه به آن بخش از کل بازبایی است که برای مزایای پرداخت شده در رابطه با چنین آسیب یا بیماری، محاسبه شده مطابق با بخش 3040 قانون مدنی کالیفرنیا، به دست می آید.

شما موظف هستید:

1. هرگونه ادعا یا اقدام قانونی واقعی یا بالقوه ای که شما انتظار دارید علیه شخص ثالث مطرح کنید یا انجام داده اید که ناشی از اقدامات ادعا شده یا فروگذاری هایی است که باعث آسیب یا بیماری شده است، حداکثر 30 روز پس از تسلیم یا طرح دعوی یا دعوی حقوقی علیه شخص ثالث، کتباً به Blue Shield اطلاع دهید؛ و
 2. با همکاری کامل و اجرای هر گونه فرم یا اسناد مورد نیاز برای اجرای این حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل های موجود موافقت کنید؛ و
 3. زمانی که بازبایی از طرف شخص ثالث یا بیمهگر شخص ثالث، یا از پوشش رانندگان بدون بیمه یا با بیمه کم دریافت می شود، کتباً با بازپرداخت مزایای Blue Shield برای مزایای پرداخت شده توسط Blue Shield از هر بازبایی موافقت کنید؛ و
 4. حق التزام محاسبه شده مطابق با بخش 3040 قانون مدنی کالیفرنیا را ارائه دهید. حق التزام ممکن است نزد شخص ثالث، نماینده یا وکیل شخص ثالث یا دادگاه تسلیم شود، مگر اینکه قانون منع کرده باشد؛ و
 5. به صورت دوره ای به درخواست های اطلاعاتی در مورد ادعای شخص ثالث پاسخ داده و ظرف ده (10) روز پس از دریافت هر گونه بازبایی، به صورت کتبی به Blue Shield اطلاع دهید.
- عدم رعایت 1. از طریق بند 5، موارد فوق به هیچ وجه نباید به عنوان چشم پوشی، رهایی یا رد کردن حقوق Blue Shield عمل کند.



M. اعلامیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت

Blue Shield در "Manifest MedEx Health Information Exchange" ("HIE") شرکت می کند و اطلاعات سلامت اعضای خود را برای دسترسی ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مجاز در Manifest MedEx در دسترس قرار می دهد. Manifest MedEx یک سازمان مستقل و غیرانتفاعی است که یک پایگاه داده سراسری از سوابق الکترونیکی بیماران را نگهداری می کند که شامل اطلاعات بهداشتی ارائه شده توسط پزشکان، مراکز مراقبت بهداشتی، برنامه های خدمات مراقبت های بهداشتی و شرکت های بیمه سلامت می باشد. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مجاز (شامل پزشکان، پرستاران و بیمارستان ها) از طریق Manifest MedEx HIE به طور ایمن به اطلاعات سلامتی بیماران خود می توانند دسترسی داشته باشند تا از ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا حمایت کنند.

Manifest MedEx به حق اعضا برای حفظ حریم خصوصی احترام می گذارد و از قوانین حفظ حریم خصوصی قابل اجرای ایالتی و فدرال پیروی می کند. Manifest MedEx از سیستم های امنیتی پیشرفته و تکنیک های مدرن رمزنگاری داده ها جهت محافظت از حریم خصوصی اعضا و امنیت اطلاعات شخصی آنها استفاده می کند.

هر یک از اعضاء Blue Shield این حق را دارد که از Manifest MedEx بخواهد که اطلاعات سلامتی خود را با ارائه دهندگان خدمات بهداشتی شان به اشتراک نگذارد. با وجود اینکه انصراف از Manifest MedEx ممکن است توانایی ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی شما را برای دسترسی سریع به اطلاعات مراقبت های بهداشتی مهم در مورد شما محدود کند، بیمه درمانی یا پوشش مزایای طرح سلامت یک عضو تحت تأثیر انتخاب انصراف عضو از Manifest MedEx قرار نمی گیرد. هیچ پزشک یا بیمارستان شرکت کننده در Manifest MedEx، ارائه مراقبت پزشکی به بیماری که تصمیم می گیرد در Manifest MedEx HIE شرکت نکند را رد نمی کند.

اعضایی که تمایل ندارند اطلاعات مراقبت های بهداشتی شان در Manifest MedEx نمایش داده شود، باید فرم آنلاین را در <https://www.manifestmedex.org/opt-out> پر کنند یا با Manifest MedEx به شماره 888) 510-7142 از 7 صبح تا 7 عصر، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرند. TTY 711 برای افراد کم شنوا.

N. گزارش کردن تقلب، اتلاف و سوءاستفاده

تقلب، اتلاف و سوءاستفاده (FWA) چیست؟

- **تقلب** یک ارائه گزارش نادرست عمدی است که ممکن است منجر به هزینه های غیرمجاز برای برنامه مراقبت های بهداشتی شود.
- **اتلاف** عبارت است از استفاده نامناسب از بودجه یا منابع مراقبت های بهداشتی بدون نیاز موجه به انجام این کار.
- **سوءاستفاده**، درمانی است که با شیوه های صحیح پزشکی یا تجاری ناسازگار می باشد که ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم منجر به هزینه های غیرضروری برای یک برنامه مراقبت های بهداشتی شود.

از خود و مزایای خود محافظت کنید

- هرگز شماره های تامین اجتماعی، Medicare یا طرح سلامت یا اطلاعات بانکی خود را در اختیار فردی که نمی شناسید قرار ندهید.
- بدون دستور پزشک خود با انجام آزمایشات آزمایشگاهی موافقت نکنید.
- پذیرفتن هر چیز ارزشمندی در ازای خدمات پزشکی غیرقانونی است.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



از نقاب آزمایشات ژنتیکی آگاه باشید

کلاهبرداران برای انجام نقاب در آزمایشات ژنتیکی، به ثبت نام کنندگان بی خبر در نمایشگاه های بهداشتی محلی، تسهیلات مسکن سالمندان، مراکز اجتماعی، آژانس های سلامت در منزل و سایر مکان های قابل اعتماد نزدیک می شوند. آنها به دروغ قول می دهند که Medicare هزینه آزمایش را پرداخت می کند و شما فقط باید یک سواب از درون دهان، شناسه و اطلاعات Medicare خود را ارائه دهید تا نتایج آزمایش خود را دریافت کنید.

متأسفانه، اکنون این کلاهبرداران طرح سلامت یا شماره Medicare شما را داشته و می توانند هزاران دلار برای آزمایش ها یا حتی خدماتی که هرگز دریافت نمی کنید از Medicare هزینه بگیرند. آنها همچنین اطلاعات ژنتیکی شخصی شما را در اختیار دارند.

برای گزارش مشکوک نقاب، اتلاف و سوءاستفاده، لطفا تماس بگیرید:

- خط تماس کلاهبرداری **Blue Shield of California's Medicare**: (855) 331-4894 (TTY: 711) یا از طریق ایمیل: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.
- Medicare به شماره **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)** ، در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس گیرند).



فصل 12: تعاریف واژه های مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در کتابچه راهنمای اعضاء شما 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 مشتریان تماس بگیرید.



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.

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 سرپایی ارائه می دهد.

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. فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء شما انواع تجدیدنظر و همچنین چگونگی درخواست تجدیدنظر را شرح می دهد.

سلامت رفتاری: این یک عبارت کلی برای ارجاع به سلامت روانی و سوء مصرف مواد می باشد.

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.

هماهنگ کننده مراقبت: 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.

طرح مراقبتی: به "طرح مراقبتی فردی" مراجعه کنید.

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.

تیم مراقبتی: به "تیم مراقبتی بین رشته ای" مراجعه کنید.

مرحله پوشش بحرانی: این مرحله از مزایای بخش D زمانی آغاز می شود که طرح بیمه ما کل هزینه داروهای شما تا پایان سال را پرداخت کرده باشد. این مرحله زمانی برای شما آغاز می شود که به حد \$7,400 برای داروهای نسخه ای خود رسیده باشید.

مراکز برای خدمات Medicare و: Medicaid (CMS) این یک آژانس فدرال مسئول Medicare می باشد. فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضاء شما نحوه تماس با CMS را توضیح می دهد.

خدمات بزرگسالان مبتنی بر اجتماع (CBAS): برنامه خدمات سرپایی داخل تسهیلات که مراقبت های پرستاری حرفه ای، خدمات اجتماعی، کاردرمانی 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



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.

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.

پرداخت مشترک: مبلغ ثابتی که شما به هنگام استفاده از برخی خدمات یا دریافت داروهای نسخه ای بابت سهم خود از هزینه پرداخت می کنید. مثلاً برای یک داروی تجویزی ممکن است مبلغ \$2 یا \$5 دلار پرداخت کنید.

تقسیم هزینه: مبالغی که شما باید به هنگام دریافت برخی خدمات یا داروهای نسخه ای پرداخت کنید. تقسیم هزینه شامل تعرفه های سهم بیمار می شود.

رده های تقسیم هزینه: عبارت از گروه داروهایی می باشد که تعرفه سهم بیمار یکسانی دارند. هریک از داروهای مندرج در فهرست داروهای تحت پوشش (که با نام فهرست دارویی نیز شناخته می شود) در یکی از پنج رده تقسیم هزینه قرار دارد. بطور کلی، هرچه ردیف تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم بیمار برای دارو بالاتر خواهد بود.

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 داده یا چه مبلغی برای خدمات درمانی شما بپردازیم می شود. فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء شما چگونگی درخواست جهت تصمیم گیری درخصوص میزان پوشش را شرح می دهد.

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.

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.

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.

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 فصل 2 مراجعه کنید.



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 سهم بیمار پرداخت کنید اعمال می شود. نرخ روزانه تقسیم هزینه برابر است با تعرفه سهم بیمار از هزینه تقسیم بر تعداد روزهایی که در یک ماه دارو تجویز شده است.

به عنوان مثال: فرض کنیم که تعرفه سهم بیمار شما برای داروی یک ماه کامل (یک ذخیره 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 دلار در روز ضرب در 7 روز، و در کل پرداخت کمتر از \$0.35 دلار می باشد.

Department of Health Care Services (DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه (Medicaid)Medi-Cal را مدیریت می کند.

دپارتمان مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC): عبارت از اداره ایالتی در کالیفرنیا می باشد که مسئول نظارت بر بیمه های درمانی می باشد. DMHC اعضاء بیمه را برای درخواست تجدید نظر در مورد خدمات Medi-Cal یاری می دهد. DMHC همچنین مجری بازنگری مستقل پزشکی (IMR) می باشد.

نحو 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.

رده های دارویی: عبارت از گروه های داروها در فهرست دارویی ما می باشد. داروهای ژنریک، دارای نام تجاری، یا داروهای بدون نیاز به نسخه (OTC) نمونه هایی از رده های دارویی هستند. هر یک از داروها در فهرست دارویی در یکی از پنج رده قرار می گیرد.

طرح نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP): طرح بهداشتی که به افرادی که هم واجد شرایط Medicare و هم Medi-Cal هستند خدمات ارائه می دهد. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME): عبارت از برخی اقلام می باشد که پزشکتان 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.

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 جراحت شدید یا درد شدید باشد.

مراقبت اورژانسی: خدمات تحت پوشش ارائه شده توسط یک ارائه دهنده آموزش دیده برای ارائه خدمات اضطراری و مورد نیاز برای درمان یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری می باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare.



استثنا: عبارت است از اجازه برای پوشش دادن دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا برای مصرف دارویی بدون برخی مقررات و محدودیت ها می باشد.

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 سهم بیمار کاهش یابد. کمک اضافی همچنین "یارانه افراد کم درآمد" یا "LIS" هم نامیده می شود.

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. معمولاً داروی ژنریک ارزانتر است ولی به همان اندازه داروی با نام تجاری کارایی دارد.

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.

برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP): این یک برنامه می باشد که اطلاعات و مشاوره هدفمند و رایگان درباره Medicare ارائه می دهد. فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضاء شما نحوه تماس با HICAP را توضیح می دهد.

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 این طرح هماهنگ کننده مراقبتی دارد که به شما در مدیریت همه خدمات و ارائه کنندگان خدمات شما کمک می کنند. همه آنها با هم کار می کنند تا مراقبت مورد نیاز شما را ارائه دهند.

ارزیابی خطر سلامت: عبارت از مروری بر سوابق پزشکی شما و شرایط فعلی او می باشد. که از آن برای آگاهی از سلامت شما و اینکه چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می شود.

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 نداشته و هیچ درمانی ارائه نمی دهد.

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.
- ما باید فهرستی از ارائه کنندگان خدمات آسایشگاه های بیماری های لاعلاج در ناحیه جغرافیایی تان را به شما ارائه دهیم.



صورت حساب غیر صحیح/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 ما برای خدمات برای شما صادر می کند. چنانچه صورت حساب هایی دریافت کردید که متوجه نشدید، بخش مراقبت مشتریان تماس بگیرید. به عنوان یک عضو طرح، شما فقط زمانی مبالغ اشتراک هزینه طرح ما را می پردازید که خدماتی را که ما پوشش می دهیم دریافت کنید. ما به ارائه کنندگان خدمات اجازه نمی دهیم که برای خدمات تحت پوشش برای شما صورت حساب صادر کنند.

بازنگری مستقل پزشکی (IMR): اگر ما با درخواست شما برای خدمات پزشکی یا درمانی مخالفت کنیم، شما می توانید 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 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 درمان مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما برای انجام IMR هیچ هزینه ای نمی پردازید.

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.

مرحله پوشش اولیه: مرحله اولیه پوشش: مرحله پیش از آن که هزینه کل داروهای بخش D شما به \$4,660 برسد. این شامل مبالغی است که پرداخت کرده اید، آنچه طرح ما از طرف شما پرداخت کرده و یارانه افراد کم درآمد. این مرحله وقتی آغاز می شود که شما اولین نسخه سال را تحویل می گیرید. در این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می 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 اید، حتی اگر در خلال شب در بیمارستان مانده باشید، درمان شما سرپایی در نظر گرفته می شود نه بستری.

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 تان همچنین شما را یاری می کند که برای خود طرح درمانی تهیه کنید.

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. ما این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می کنیم. فهرست دارو به شما اطلاع می دهد که برای گرفتن داروهای خود از چه قوانینی باید پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی "موجودی دارویی" نامیده می شود.

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).



یارانه افراد کم درآمد (LIS): به بخش "کمک اضافی" مراجعه کنید.

برنامه سرویس پستی: برخی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه خدمات پستی ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا حداکثر 3 ماه از داروهای تحت پوشش خود را که مستقیماً به خانه شما ارسال می‌شود، دریافت کنید. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای پر کردن نسخه‌هایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.

Medi-Cal عبارت از نام برنامه Medicaid در ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal تحت نظارت دولت عمل می‌کند و بودجه اش از دولت و دولت فدرال تامین می‌شود.

- به اشخاصی که کم درآمد هستند کمک می‌کند 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 نمی‌دهد را تامین می‌کند.
- برنامه های Medi-Cal (Medicaid) از یک ایالت تا ایالت دیگر متفاوت می‌باشد، اما اگر شما برای Medicare و Medi-Cal (Medicaid) واجد شرایط باشید، بیشتر هزینه های مربوط به مراقبت های سلامتی پوشش داده می‌شود.
- برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با Medi-Cal، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

طرح های Medi-Cal: عبارت از طرح هایی می‌باشد که فقط مزایای Medi-Cal، مانند خدمات و پشتیبانی های بلند مدت، لوازم پزشکی، و ایاب و ذهاب را پوشش می‌دهند. مزایای Medicare از این امر مجزا هستند.

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 می‌کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند.

Medicare: طرح بیمه درمانی فدرال برای افرادی است که بیش از 65 سال سن دارند، برخی افراد زیر 65 سال که به بعضی ناتوانی‌ها مبتلا هستند، و افراد مبتلا به بیماری کلیوی در مرحله پایانی (معمولاً افرادی که کلیه شان از کار می‌افتد و نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه دارند). اعضاء Medicare می‌توانند پوشش درمانی Medicare خود را از طریق Original Medicare یا یک بیمه درمانی مدیریت شده دریافت کنند (به بخش "طرح سلامت" مراجعه کنید).

Medicare Advantage Plan: این یک برنامه Medicare می‌باشد که همچنین به عنوان "بخش C از Medicare" یا "MA" نیز شناخته می‌شود، و از طریق شرکت های خصوصی طرح های MA را ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت ها هزینه پرداخت می‌کند تا مزایای Medicare شما را پوشش دهند.



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 خدمات قابل پوشش توسط بخش A و بخش B از Medicare را تحت پوشش قرار دهند.

عضو Cal-Medi-Medicare: 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.

بخش A از Medicare: عبارت از برنامه ای از Medicare می باشد که اکثر ضرورت های پزشکی بیمارستان، مرکز پرستاری حرفه ای، مراقبت در خانه و آسایشگاه بیماری های لاعلاج را پوشش می دهد.

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 مشکل که از نقطه پزشکی ضروری می باشد را پوشش می دهد. Medicare Part B بسیاری از خدمات پیشگیری و غربالگری را نیز پوشش می دهد.

بخش C از Medicare: برنامه Medicare، همچنین به عنوان "مزیت Medicare" یا "MA" شناخته می شود که به شرکت های بیمه سلامت خصوصی اجازه می دهد مزایای مدیر را از طریق Medicare Advantage Plan ارائه کنند.

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 سرپایی، واکسیناسیون، و برخی تدارکات دیگری که تحت پوشش Medicare بخش A، یا بخش B و یا Medi-Cal نیستند می شود. طرح بیمه ما شامل بخش D از Medicare می شود.

داروهای بخش D از Medicare: داروهای تحت پوشش Medicare بخش D. کنگره به طور خاص دسته های خاصی از داروها را از پوشش بخش D خارج می کند. Medi-Cal ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی: یک گروه متمایز از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، من جمله داروسازان، جهت تضمین بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

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) و ایالت تایید شده است.

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.



داروخانه عضو شبکه: داروخانه ای (داروفروشی) 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 طرح بیمه ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما هزینه نسخه را تنها زمانی پوشش می دهیم که در یکی از داروخانه های شبکه ما فراهم شده باشد.

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 بر گیرنده 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 مراکزی که موافقت کنند که با بیمه درمانی ما همکاری کنند، نحوه پرداخت ما را قبول کنند، از اعضاء هزینه اضافه نگیرند را "ارائه دهندگان خدمات عضو شبکه" می نامیم.
- تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید جهت دستیابی به خدمات تحت پوشش، به ارائه کنندگان خدمات شبکه مراجعه کنید. سرویس دهندگان شبکه با نام "سرویس دهندگان طرح" نیز خطاب می شوند.

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.

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 بیشتر را در فصل های 2 و 9 کتابچه راهنمای اعضاء خود بیابید.

تصمیم گیری سازمان: زمانی که ما یا یکی از ارائه دهندگان ما در مورد اینکه آیا خدمات تحت پوشش هستند یا اینکه شما برای خدمات تحت پوشش چقدر پرداخت می کنید، تصمیم می گیریم، طرح ما یک تصمیم سازمانی می گیرد. تصمیم گیری سازمان "تعیین میزان پوشش" نامیده شده است. فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء شما تصمیمات پوشش را توضیح می دهد.

Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare با هزینه برای خدمات): دولت Original Medicare را ارائه می دهد. با Original Medicare، خدمات 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 الف (بیمه بیمارستانی) و قسمت ب (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در همه جای ایالات متحده قابل دسترسی است.
- چنانچه نمی خواهید عضو طرح ما شوید، می توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه ای که برای کار با بیمه درمانی ما در هماهنگی با ارائه داروهای نسخه ای اعضايمان موافقت نکرده است. طرح شما اکثر داروهای را که از داروخانه های خارج از شبکه دریافت می کنید پوشش نمی دهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

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 اعضايمان قرارداد ندارد. فصل 3 کتابچه راهنمای اعضاء شما ارائه دهندگان یا امکانات خارج از شبکه را توضیح می دهد.

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.

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.

بخش A: به "بخش A از Medicare" مراجعه کنید.

بخش B: به "بخش B از Medicare" مراجعه کنید.

بخش C: به "بخش C از Medicare" مراجعه کنید.

بخش D: به "بخش D از Medicare" مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به "داروهای بخش D از Medicare" مراجعه کنید.

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. جهت اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI، به اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.



پزشک مراقبت اولیه (PCP): پزشک یا ارائه دهنده دیگری که برای بسیاری از مشکلات سلامتی ابتدا از ایشان استفاده می کنید. ارائه دهنده خدمات اولیه می گوشت که شما خدمات مورد نیاز برای حفظ سلامتی را دریافت کنید.

- آنها همچنین می تواند با دیگر ارائه کنندگان خدمات درمانی و پزشکان درباره درمان شما مشورت نماید یا شما را به آنها ارجاع دهد.
- در بسیاری از طرح های درمانی Medicare، شما باید اول از ارائه دهنده خدمات اولیه خود را پیش از هر ارائه دهنده خدمات درمانی دیگری استفاده کنید.
- برای کسب اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه دهندگان مراقبت های اولیه، به فصل 3 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

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 ما دریافت کنید. چنانچه ابتدا تائید را دریافت نکنید، طرح ما ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما برخی از خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش می دهد که پزشک یا ارائه دهنده شبکه دیگر از ما مجوز قبلی دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به مجوز قبلی طرح ما نیاز دارند، در فصل 4 کتابچه راهنمای اعضاء شما مشخص شده اند.

طرح ما برخی از داروها را فقط در صورتی پوشش می دهد که از ما مجوز قبلی دریافت کرده باشید.

- داروهای تحت پوششی که برای دریافت آنها به تائیدیه قبلی طرح ما نیاز می باشد در فهرست داروهای تحت پوشش علامت گذاری شده اند.

برنامه مراقبت فراگیر 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.

پروتز و ارتز: دستگاه های پزشکی سفارش شده توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی که شامل 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 می باشند، اما محدود به آنها نمی شود.

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. دولت فدرال به QIO پول می پردازد تا مراقبت های ارائه شده به بیماران را بررسی و بهبود بخشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.



محدودیت تعدادی: محدودیت مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید. ما ممکن است مقدار دارویی را که به ازای هر نسخه تحت پوشش قرار می دهیم، محدود کنیم.

ارجاع: یک ارجاع، تأییدیه ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) شما برای استفاده از ارائه دهنده ای غیر از PCP شما است. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از متخصصان خاصی مانند متخصص زنان نیازی به معرفی ندارید. می توانید اطلاعات بیشتری درباره ارجاع ها در فصل های 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضاء خود بیابید.

خدمات توانبخشی: درمانی که برای کمک در بهبود از بیماری، تصادف یا جراحی عمده دریافت می کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات توانبخشی به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مرتبط با سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت های مقاربتی (STI)، HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت های تایید کننده جنسیت و خشونت شریک صمیمی.

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 روتین (غیر اضطراری) دریافت کنید. فقط افرادی که در ناحیه تحت پوشش ما زندگی می کنند می توانند طرح ما را دریافت کنند.

سهم فرد ذینفع از هزینه ها: بخشی از هزینه های مراقبت های بهداشتی خود را که ممکن است مجبور باشید هر ماه پیش از اینکه مزایای شما مورد اثر واقع شود پرداخت کنید. مقدار سهم شما از هزینه ها به درآمد و دارایی شما بستگی دارد.

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.

مراقبت های مرکز پرستاری حرفه ای (SNF): خدمات درمانی پرستاری و خدمات توانبخشی که به طور مدام، روزانه، در یک مرکز پرستاری حرفه ای ارائه می شود. نمونه هایی از مراقبت های مرکز پرستاری حرفه ای شامل فیزیوتراپی یا تزریق های داخل وریدی (IV) است که یک پرستار ثبت شده یا یک پزشک می تواند انجام دهد.

متخصص: پزشکی که خدمات درمانی برای بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن ارائه می دهد.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر با داروخانه های تخصصی فصل 5 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

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.

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید.

www.blueshieldca.com/medicare.



درمان مرحله ای: یک قانون پوشش دادن که شما را ملزم می کند پیش از پوشش دادن داروی مورد نظرتان داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد کمی تامین اجتماعی (SSI): عبارت از کمی ماهیانه که تامین اجتماعی به افراد دارای درآمد و منابع محدود که دارای معلولیت، نابینایی، یا سن 65 سال و بالاتر هستند، پرداخت می کند. مزایای SSI با مزایای تامین اجتماعی یکسان نیستند. SSI به طور خودکار پوشش Medi-Cal را ارائه می دهد.

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 شبکه نیز دریافت کنید.



مراقبت مشتریان Blue Shield TotalDual Plan

تلفن (800) 452-4413 تماس با این شماره رایگان است. 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، هفت روز هفته. مراقبت از 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. 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، هفت روز هفته.	
فکس (877) 251-6671	
مکاتبه Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856	
وب سایت www.blueshieldca.com/medicare	

اگر سوالی دارید، لطفاً هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با Blue Shield TotalDual Plan به شماره (800) 452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید

www.blueshieldca.com/medicare



