



Ապահովագրության ապացույց

Ձեր Medicare-ի առողջապահական նպաստներն ու
ծառայությունները և դեղատոմսով դեղերի
ապահովագրությունը որպես անդամ
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles և San Diego վարչաշրջաններ

Հունվարի 1, 2027 - դեկտեմբերի 31, 2027

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP), Medi-Medi Plan *Անդամի տեղեկագիրք*

H2819_26_142A_C_AM Approved 08272026

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Ժամկետը լրանում է՝ 5/31/2029)

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Հունվարի 1, 2027 – դեկտեմբերի 31, 2027

Ձեր առողջության և դեղերի ապահովագրությունը Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի (HMO D-SNP) ներքո

***Անդամի տեղեկագիրք* Ներածություն**

Այս *Անդամի տեղեկագիրքը*, որը այլապես հայտնի է որպես *Ապահովագրության ապացույց*, պատմում է Ձեզ մեր ծրագրի շրջանակներում Ձեր ապահովագրության մասին մինչև 2027 թ. դեկտեմբերի 31-ը: Այն բացատրում է առողջապահական ծառայությունները, վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարումներ) ծառայությունները, դեղերի ապահովագրությունը և երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով՝ այս *Անդամի տեղեկագրքի* **Գլուխ 12-ում**:

Սա կարևոր իրավական փաստաթուղթ է: Պահեք այն ապահով վայրում:

Երբ այս *Անդամի տեղեկագրքում* ասվում է «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր ծրագիրը», դա նշանակում է Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan:

Այս փաստաթուղթն անվճար հասանելի է արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն (ավանդական), չինարեն (պարզեցված), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալերեն և վիետնամերեն:

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառերով, բրայլյան այբուբենով և/կամ ձայնագրությամբ՝ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով (PT), շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում: Հարցում կատարելու համար դիմեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը կպահպանվեն՝ հետագա հաղորդակցության ընթացքում օգտագործելու համար: Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Հաճախորդների սպասարկման բաժին:



Լեզվական օգնության ծառայությունների և օժանդակ սարքերի և ծառայությունների մատչելիության ծանուցում

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 1-800-452-4413 (TTY:711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如盲文和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY:711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ? ຫໍ ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید،
با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات
مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف
بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.
این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Ուրիշ լեզուներ

Այս *Անդամի տեղեկագիրքը* և ծրագրի այլ նյութեր կարող եք անվճար ստանալ այլ լեզուներով:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը տրամադրում է գրավոր թարգմանություններ որակավորված թարգմանիչների կողմից:

Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY 711)

հեռախոսահամարով: Հեռախոսազանգն անվճար

է: Կարդացեք այս *Անդամի տեղեկագիրքը*՝

առողջապահական խնամքի լեզվական օգնության ծառայությունների, ինչպես՝ բանավոր թարգմանչի և թարգմանչական ծառայությունների մասին ավելին իմանալու համար:

Ուրիշ ձևաչափեր

Դուք կարող եք ստանալ այս տեղեկատվությունը ժամանակին, այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ բրայլյան այբուբենով, խոշոր տառերով՝ 20 տառաչափ,

ձայնագրությամբ և մատչելի էլեկտրոնային

ձևաչափերով (տվյալների CD): Չանգահարեք

1-800-452-4413 (TTY 711) հեռախոսահամարով:

Հեռախոսազանգն անվճար է:



Լեզվական մատչելիության ծառայություններ

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը Ձեզ անվճար բանավոր թարգմանություն, ինչպես նաև ժեստերի լեզվով թարգմանություն է տրամադրում որակավորված թարգմանչի կողմից՝ 24-ժամյա հիմունքներով: Դուք ստիպված չեք որպես թարգմանիչ օգտագործել ընտանիքի անդամներին կամ ընկերներին: Մենք խորհուրդ չենք տալիս օգտագործել ընտանիքի անդամներին կամ ընկերներին, հատկապես անչափահասներին որպես բանավոր թարգմանիչներ, եթե դա արտակարգ իրավիճակ չէ: Լեզվական հասանելիության ծառայությունները, ներառյալ բանավոր թարգմանչի ծառայությունները, հասանելի են անվճար: Բանավոր թարգմանչական ծառայությունները հասանելի են օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Ձեր լեզվով օգնության կամ այս տեղեկագիրքն այլ լեզվով ստանալու համար զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY 711) հեռախոսահամարով: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Ազատում պատասխանատվությունից

- ❖ Նպաստները և/կամ համավճարները կարող են փոխվել 2028 թ. հունվարի 1-ին:
- ❖ Մենքի և թարմ մթերքի նպաստը Զրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ նպաստ է (SSBCI): Ծրագրի ոչ բոլոր անդամները կարող են որակավորվել: Իրավասությունը կախված է նրանից, թե արդյոք բավարարվում է «քրոնիկ հիվանդություն ունեցող մասնակից» սահմանումը: Համապատասխանող քրոնիկ հիվանդությունները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով. Սրտանոթային խնդիրներ, սրտի քրոնիկ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



անբավարարություն, շաքարախտ, ավելորդ քաշ, գիրություն, մետաբոլիկ համախտանիշ և թոքերի քրոնիկ խնդիրներ: Խնդրում ենք ծանոթանալ Ծրագրի Անդամի տեղեկագրքին՝ համապատասխան քրոնիկ հիվանդությունների և ընտրության պահանջների ամբողջական ցանկը տեսնելու համար:

- ❖ Մեր ապահովագրված դեղերը, դեղատների ցանցը և/կամ մատակարարների ցանցը կարող են փոխվել ցանկացած պահի: Դուք ծանուցում կստանաք ցանկացած փոփոխության մասին, որը կարող է ազդել Ձեզ վրա, առնվազն 30 օր առաջ:
- ❖ Մեր ծրագրի պարտականությունն է համակարգել Ձեր Medi-Cal (Medicaid) նպաստները:
- ❖ Blue Shield of California-ն HMO D-SNP ծրագիր է՝ Medicare-ի և California նահանգի Medicaid ծրագրի հետ կնքված պայմանագրերով: Blue Shield of California-ում անդամագրվելը կախված է պայմանագրի նորացումից:
- ❖ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի ապահովագրությունը որակավորում ունեցող առողջապահական ապահովագրություն է, որը կոչվում է «նվազագույն հիմնական ապահովագրություն»: Այն բավարարում է Բուժառուների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին օրենքի (ACA)՝ անհատական համատեղ պատասխանատվության վերաբերյալ պահանջը: Այցելեք Ներքին եկամուտների ծառայության (IRS) կայքը՝ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families հասցեով, լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու անհատական համատեղ պատասխանատվության վերաբերյալ պահանջի մասին:
- ❖ Amazon Pharmacy-ն անկախ է Blue Shield of California-ից և պայմանագիր է կնքել Blue Shield-ի հետ՝ Blue Shield-ի անդամների դեղատոմսով դեղերը տուն առաքելու համար:



Գլուխ 1. Որպես անդամ սկսելը

Ներածություն

Այս գլուխը տեղեկատվություն է ներառում Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի՝ առողջապահական այն ծրագրի մասին, որն ապահովագրում է Ձեր բոլոր Medicare ծառայությունները և համակարգում է Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի բոլոր ծառայությունները և դրանում Ձեր անդամակցությունը: Այն նաև պատմում է Ձեզ, թե ինչ պետք է ակնկալեք և ինչ այլ տեղեկություններ կստանաք մեզնից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Բարի գալուստ մեր ծրագիր	14
B. Տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին	14
B1. Medicare	14
B2. Medi-Cal	14
C. Մեր ծրագրի առավելությունները	15
D. Մեր ծրագրի սպասարկման տարածքը	16
E. Ինչն է Ձեզ իրավունակ դարձնում ծրագրի անդամ լինելու	16
F. Ինչ պետք է ակնկալել, երբ առաջին անգամ միանաք մեր առողջապահական ծրագրին	17
G. Ձեր խնամքի թիվը և խնամքի ծրագիրը	19
G1. Խնամքի թիվ	19
G2. Խնամքի ծրագիր	19
H. Կարևոր ծախսերի ամփոփում	19
H1. Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման գումար	19
I. Այս <i>Անդամի տեղեկագիրքը</i>	20
J. Այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք Դուք ստանում եք մեզանից	20
J1. Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտը	20
J2. Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատու	21

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



J3. Ապահովագրված դեղերի ցանկ	23
J4. Նպաստների բացատրությունը.....	24
K. Ձեր անդամակցության արձանագրությունները թարմացված վիճակում պահելը	24
K1. Անձնական առողջական տեղեկության գաղտնիություն (PHI)	25

A. Բարի գալուստ մեր ծրագիր

Մեր ծրագիրը Medicare և Medi-Cal ծառայություններ է տրամադրում այն անհատներին, որոնք իրավունակ են օգտվել երկու ծրագրերից: Մեր ծրագիրը ներառում է բժշկներ, հիվանդանոցներ, դեղատներ, երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն տրամադրողներ, վարքագծային առողջության մատակարարներ և այլ մատակարարներ: Մենք նաև ունենք խնամքի համակարգողներ և խնամքի թիմեր, որոնք կօգնեն Ձեզ կառավարել Ձեր մատակարարներին և ծառայությունները: Նրանք բոլորը աշխատում են միասին, որպեսզի ապահովեն Ձեզ անհրաժեշտ խնամքը:

B. Տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին

B1. Medicare

Medicare-ը դաշնային առողջության ապահովագրության ծրագիր է հետևյալ խմբերի համար՝

- 65 տարեկան և բարձր տարիքի անձիք,
- հաշմանդամության որոշ տեսակներ ունեցող 65 տարեկանից ցածր տարիքի որոշ անձիք, և
- երիկամների հիվանդության վերջնական փուլում (երիկամային անբավարարություն) գտնվող անձիք:

B2. Medi-Cal

Medi-Cal-ը California-ի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը կառավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում է նահանգի և դաշնային կառավարության կողմից: Medi-Cal-ն օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցությունների (LTSS) և բժշկական ծախսերի համար: Այն ապահովագրում է լրացուցիչ ծառայությունները և դեղերը, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ի կողմից:

Յուրաքանչյուր նահանգ որոշում է՝

- ինչն է համարվում եկամուտ և ռեսուրս,
- ով է իրավունակ,
- ինչ ծառայություններ են ապահովագրվում, և
- ծառայությունների արժեքը:

Նահանգները կարող են որոշել, թե ինչպես վարեն իրենց ծրագրերը, քանի դեռ հետևում են դաշնային կանոններին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Medicare-ը և California նահանգը հաստատել են մեր ծրագիրը: Դուք կարող եք ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայություններ մեր ծրագրի միջոցով, քանի դեռ.

- մենք ընտրում ենք առաջարկել ծրագիրը, և
- Medicare-ը և California նահանգը թույլ են տալիս մեզ շարունակել առաջարկել այս ծրագիրը:

Նույնիսկ եթե մեր ծրագիրը դադարի գործել ապագայում, դա չի ազդի Medicare և Medi-Cal ծառայություններից Ձեր օգտվելու իրավունքի վրա:

C. Մեր ծրագրի առավելությունները

Այժմ Դուք կստանաք Ձեր բոլոր ապահովագրված Medicare և Medi-Cal ծառայությունները մեր ծրագրից, ներառյալ դեղերը: **Դուք հավելյալ վճարում չեք կատարում այս առողջապահական ծրագրին միանալու համար:**

Մենք օգնում ենք, որպեսզի Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները միասին ավելի լավ գործեն Ձեզ համար: Որոշ առավելություններ ներառում են.

- Դուք կարող եք աշխատել մեզ հետ Ձեր առողջապահական խնամքի կարիքների **մեծ մասի** համար:
- Դուք ունեք խնամքի թիմ, որին օգնում եք համախմբել: Ձեր խնամքի թիմը կարող է ներառել Ձեզ, Ձեր խնամակալին, բժիշկներին, բուժքույրերին, խորհրդատուներին կամ առողջապահական այլ մասնագետներին:
- Դուք հասանելիություն ունեք խնամքի համակարգողին: Սա այն մարդն է, ով աշխատում է Ձեզ հետ, մեր ծրագրի և Ձեր խնամքի թիմի հետ՝ օգնելու խնամքի ծրագիր կազմել:
- Դուք կարող եք ուղղորդել Ձեր խնամքը Ձեր խնամքի թիմի և խնամքի համակարգողի օգնությամբ:
- Ձեր խնամքի թիմը և խնամքի համակարգողն աշխատում են Ձեզ հետ՝ կազմելու խնամքի ծրագիր, որը նախատեսված է **Ձեր** առողջական կարիքները բավարարելու համար: Խնամքի թիմն օգնում է համակարգել Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները: Օրինակ, սա նշանակում է, որ Ձեր խնամքի թիմը վստահեցնում է, որ.
 - Ձեր բժիշկները տեղյակ են Ձեր ընդունած բոլոր դեղամիջոցների մասին, ուստի նրանք կարող են երաշխավորել, որ Դուք ճիշտ դեղեր եք ընդունում և կարող են նվազեցնել դեղերից Ձեր ունեցած ցանկացած կողմնակի ազդեցություն:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Ձեր անալիզի արդյունքներն, ըստ անհրաժեշտության, համատեղ օգտագործվում են Ձեր բոլոր բժիշկների և այլ մատակարարների հետ:
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի նոր անդամներ. Հիմնական դեպքերում Դուք կանդամագրվեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan -ում Ձեր Medicare-ի նպաստների համար՝ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում անդամագրվելու հայտ ներկայացնելուց հետո ընկած ամսվա 1-ին օրը: Դուք դեռ կարող եք ևս երկու ամիս ստանալ Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Ձեր նախկին Medi-Cal առողջապահական ծրագրից: Դրանից հետո Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal ապահովագրությունում ոչ մի բաց չի լինի: Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել մեզ եջի ներքևում նշված համարով:

D. Մեր ծրագրի սպասարկման տարածքը

Մեր սպասարկման տարածքը ներառում է California-ի հետևյալ վարչաշրջանները՝ Los Angeles և San Diego վարչաշրջաններ:

Մեր ծրագրին կարող են միանալ միայն այն մարդիկ, ովքեր ապրում են մեր սպասարկման տարածքում:

Դուք չեք կարող մնալ մեր ծրագրում, եթե այլ տեղ տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից: Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 8-ը*՝ մեր սպասարկման տարածքից դուրս գալու հետևանքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

E. Ինչն է Ձեզ իրավունակ դարձնում ծրագրի անդամ լինելու

Դուք համապատասխանում եք մեր ծրագրին, քանի դեռ Դուք՝

- բնակվում եք մեր սպասարկման տարածքում (ազատագրված անձինք չեն համարվում սպասարկման տարածքում ապրող, նույնիսկ եթե ֆիզիկապես գտնվում են այնտեղ), և
- 21 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի եք գրանցման պահին, և
- ունեք Medicare Մաս A և Medicare Մաս B, և
- United States-ի քաղաքացի եք կամ ազգային, կամ իրավունակ ոչ քաղաքացի եք, և
- ներկայումս համապատասխանում եք Medi-Cal-ին:
- Եթե կորցնեքք Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը, բայց ակնկալվի, որ այն կվերականգնեք վեց ամսվա ընթացքում, մենք կշարունակենք տրամադրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կողմից ապահովագրված Medicare բոլոր նպաստները: Երբ Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրությունն ավարտվի, մենք չենք

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare):



վճարի Ձեր Medi-Cal-ի նպաստների համար: Մա նաև նշանակում է, որ Ձեր գրպանից արվող ծախսերը, ինչպիսիք են համավճարները, ապահովագները, չհատուցվող գումարները, ավելի շատ արժեն այն ամիսների ընթացքում, երբ Դուք կորցրել եք Medi-Cal ապահովագրությունը: Ավելին իմանալու և Medi-Cal-ին իրավասության թարմացման հարցում օգնություն ստանալու համար դիմեք Blue Shield Duals-ի Պահպանման թիմին՝ 1-844-378-4181 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:

Մենք կօգնենք Ձեզ վերականգնել Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը: Եթե Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը վերականգնվի, մինչ Դուք դեռ անդամագրված լինեք մեզ մոտ Ձեր Medicare ապահովագրության համար, մենք կվերանայենք Ձեր Medi-Cal-ի նպաստների վճարումը, և մեզ մոտ Ձեր անդամագրումը կշարունակվի: Եթե չեք կարող Medi-Cal վերականգնել 6 ամսվա ընթացքում, մենք Ձեզ կհեռացնենք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ից: Եթե ապանդամագրվելուց հետո վերադարձնեք Medi-Cal-ի իրավասությունը, պարտավոր կլինեք կապվել մեզ հետ՝ ծրագրում անդամագրվելու համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

F. Ինչ պետք է ակնկալել, երբ առաջին անգամ միանաք մեր առողջապահական ծրագրին

Երբ առաջին անգամ միանաք մեր ծրագրին, Դուք կստանաք առողջական վտանգի գնահատում (HRA) Ձեր գրանցումն ուժի մեջ մտնելուց առաջ կամ դրանից հետո 90 օրվա ընթացքում:

Մենք պետք է Ձեզ համար HRA լրացնենք: Այս HRA-ն Ձեր խնամքի ծրագրի մշակման հիմքն է: HRA-ն ներառում է հարցեր՝ բացահայտելու Ձեր բժշկական, վարքագծային առողջության և ֆունկցիոնալ կարիքները:

Մենք դիմում ենք Ձեզ՝ HRA-ն լրացնելու համար: Մենք կարող ենք լրացնել HRA-ն անձամբ այցելությամբ, հեռախոսազանգով կամ փոստով: Մենք ամեն տարի կապ կհաստատենք Ձեզ հետ՝ պարզելու, թե արդյոք Ձեր կարիքներից որևէ մեկն է փոխվել:

Մենք Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ կուղարկենք այս HRA-ի մասին:

Եթե մեր ծրագիրը Ձեզ համար նոր է, կարող եք շարունակել որոշակի ժամանակով օգտվել այն բժիշկների ծառայություններից, որոնցից այժմ օգտվում եք, նույնիսկ եթե նրանք մեր ցանցում չեն: Մենք դա անվանում ենք խնամքի շարունակում: Եթե նրանք մեր ցանցում չեն, ապա կարող եք պահպանել Ձեր ընթացիկ մատակարարներին և ծառայություններին թույլտվությունները գրանցման պահից սկսած մինչև 12 ամիս, եթե բավարարվեն հետևյալ բոլոր պայմանները.

- Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր մատակարարը խնդրում է մեզ թույլ տալ շարունակել օգտվել Ձեր ընթացիկ մատակարարից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Մենք որոշում ենք, որ Դուք գոյություն ունեցող հարաբերություններ եք ունեցել առաջնային կամ մասնագիտացված խնամքի մատակարարի հետ, որոշ բացառություններով: Երբ մենք ասում ենք «գոյություն ունեցող հարաբերություններ», դա նշանակում է, որ Դուք առնվազն մեկ անգամ այցելել եք ցանցից դուրս մատակարարի ոչ արտակարգ իրավիճակի այցի համար մեր ծրագրում Ձեր նախնական գրանցման ամսաթվից առաջ 12 ամսվա ընթացքում:
 - Մենք որոշում ենք գոյություն ունեցող հարաբերությունները՝ վերանայելով Ձեր մասին հասանելի առողջապահական տեղեկությունները կամ Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկությունները:
 - Մենք ունենք 30 օր՝ Ձեր խնդրանքին պատասխանելու համար: Դուք կարող եք խնդրել մեզ ավելի արագ որոշում կայացնել, և մենք պետք է պատասխանենք 15 օրից: Դուք կարող եք այս հարցումը ներկայացնել՝ զանգահարելով 1-800-452-4413 (TTY՝ 711): Եթե Ձեզ վտանգ է սպառնում, մենք կպատասխանենք երեք օրվա ընթացքում:
 - Դուք կամ Ձեր մատակարարը պետք է ցույց տաք գոյություն ունեցող հարաբերությունների փաստաթղթերը և համաձայնեք որոշակի պայմանների, երբ Դուք հարցում եք անում:

Նշում. Դուք կարող եք այս հարցումը ներկայացնել Տևական օգտագործման բժշկական սարքերի (DME) մատակարարի համար առնվազն 90 օրվա ընթացքում, մինչև մենք թույլատրենք նոր DME վարձակալությունը, իսկ ցանցի մատակարարը տրամադրի վարձավճարը: Չնայած Դուք չեք կարող այս հարցումը ներկայացնել փոխադրումների մատակարարների կամ այլ օժանդակ մատակարարների համար, Դուք կարող եք հարցում կատարել տրանսպորտային ծառայությունների կամ մեր ծրագրում չներառված այլ օժանդակ ծառայությունների համար:

Խնամքի շարունակման ավարտից հետո Դուք պետք է օգտվեք այն բժիշկներից և այլ մատակարարներից Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի ցանցում, որոնք փոխկապակցված են Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի բժշկական խմբի հետ, քանի դեռ մենք համաձայնագիր չենք կնքել ցանցից դուրս գործող Ձեր բժշկի հետ: Ցանցի մատակարարն այն մատակարարն է, ով աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Բժշկական խումբը կամ Անկախ բժիշկների միությունը (IPA) կազմակերպություն է, որը ձևավորվել է California-ի օրենսդրության համաձայն և պայմանագիր է կնքում առողջապահական ծրագրերի հետ՝ առողջապահական ծրագրերում գրանցված անձանց առողջապահական ծառայություններ մատուցելու կամ դրանք կազմակերպելու վերաբերյալ: Բժշկական խումբը կամ IPA-ն առաջնային խնամքի բժիշկների և մասնագետների ասոցիացիա է, որը ստեղծված է Ձեզ համակարգված առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար: Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 3-ը*՝ խնամք ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



G. Ձեր խնամքի թիմը և խնամքի ծրագիրը

G1. Խնամքի թիմ

Խնամքի թիմը կարող է օգնել Ձեզ շարունակել ստանալ Ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Խնամքի թիմը կարող է ներառել Ձեր բժշկին, խնամքի համակարգողին, մասնագետներին կամ Ձեր ընտրած այլ առողջապահական մասնագետներին:

Խնամքի համակարգողն այն մարդն է, որը վերապատրաստված է, որպեսզի օգնի Ձեզ կառավարել Ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Դուք խնամքի համակարգող կստանաք, երբ գրանցվեք մեր ծրագրում: Այս անձը նաև Ձեզ ուղղորդում է համայնքի այլ ռեսուրսների, որոնք մեր ծրագիրը կարող է չտրամադրել և կաշխատի Ձեր խնամքի թիմի հետ՝ օգնելու համակարգել Ձեր խնամքը: Ձեր խնամքի համակարգողի և խնամքի թիմի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք մեզ էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարներով:

G2. Խնամքի ծրագիր

Ձեր խնամքի թիմը աշխատում է Ձեզ հետ՝ խնամքի ծրագիր կազմելու համար: Խնամքի ծրագիրն Ձեզ և Ձեր բժիշկներին տեղեկացնում է, թե ինչ ծառայություններ են Ձեզ անհրաժեշտ և ինչպես պետք է ստանալ դրանք: Այն ներառում է Ձեր ֆիզիկական և վարքագծային առողջությունը և LTSS կամ այլ ծառայություններ:

Ձեր խնամքի ծրագիրը ներառում է՝

- Ձեր առողջապահական նպատակները և
- Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները ստանալու ժամանակացույցը:

Ձեր խնամքի թիմը կհանդիպի Ձեզ հետ Ձեր HRA-ից հետո: Նրանք Ձեզ կհարցնեն Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունների մասին: Նրանք նաև կպատմեն Ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնք մտադիր եք ստանալ: Ձեր խնամքի ծրագիրը կստեղծվի Ձեր կարիքների և նպատակների հիման վրա: Ձեր խնամքի թիմը կաշխատի Ձեզ հետ՝ առնվազն ամեն տարի թարմացնելու Ձեր խնամքի ծրագիրը:

H. Կարևոր ծախսերի ամփոփում

Ձեր ծախսերը կարող են ներառել հետևյալը՝

- Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագրի գումար (Բաժին H1)

Որոշ իրավիճակներում Ձեր ծրագրի ապահովագիրը կարող է ավելի քիչ լինել:

H1. Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման գումար

Եթե Դուք մասնակցում եք Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագրին, Դուք հաշիվ կստանաք Ձեր դեղերի համար մեր ծրագրից (դեղատանը վճարելու փոխարեն): Ձեր

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



ամսական հաշիվը կախված է այն բանից, թե ինչ եք պարտք Ձեր ստացած ցանկացած դեղատոմսի համար՝ գումարած Ձեր նախորդ ամսվա մնացորդը, որը բաժանված է տարվա մնացած ամիսների թվին:

Գլուխ 2-ն ավելի մանրամասն է պատմում Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագրի մասին: Եթե համաձայն չեք այս վճարման տարբերակի մաս կազմող գումարի հետ, կարող եք հետևել **Գլուխ 9-ում** նկարագրված քայլերին՝ զանգատ կամ բողոքարկում ներկայացնելու համար:

I. Այս Անդամի տեղեկագրերը

Այս *Անդամի տեղեկագրերը* Ձեզ հետ մեր պայմանագրի մի մասն է: Սա նշանակում է, որ մենք պետք է հետևենք այս փաստաթղթի բոլոր կանոններին: Եթե կարծում եք, որ մենք ինչ-որ բան ենք արել, որը հակասում է այս կանոններին, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկումների մասին տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրերի Գլուխ 9-ը* կամ զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):

Դուք կարող եք *Անդամի տեղեկագրերը* խնդրել՝ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարներով: Կարող եք նաև հղում կատարել *Անդամի տեղեկագրերին*, որը գտնվում է մեր կայքում՝ էջի ներքևում տրված վեբ հասցեում:

Պայմանագիրն ուժի մեջ է 2027 թ. հունվարի 1-ից մինչև 2027 թ. դեկտեմբերի 31-ն ընկած ժամանակահատվածի այն ամիսների համար, երբ Դուք գրանցված եք եղել մեր ծրագրում:

J. Այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք Դուք ստանում եք մեզանից

Մյուս կարևոր տեղեկությունները, որոնք մենք տրամադրում ենք Ձեզ, ներառում են Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտը, տեղեկատվություն, թե ինչպես մուտք գործել *Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատու* կամ *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*, որը նաև հայտնի է որպես *Դեղերի ցանկ* կամ *Դեղացանկ*:

J1. Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտը

Մեր ծրագրի համաձայն Դուք ունեք մեկ քարտ Ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունների համար, ներառյալ Երկարաժամկետ ծառայությունները և աջակցությունները (LTSS), վարքագծային առողջության որոշ ծառայություններ և դեղատոմսեր: Դուք ցույց եք տալիս այս քարտը, երբ որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում: Ահա Անդամի ID քարտի նմուշ.



 Member ID: <Cardholder ID#> Medi-Cal ID: <Medi-Cal ID#> Member Name: <Member Name Line 1> <Member Name Line 2> Care Coordinator Phone: <CC Phone> PCP: <Provider Name> PCP Phone: <PCP Phone> <Medical Group Name> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0 H2819-001	MedicareRx Prescription Drug Coverage RxBIN: 026696 RxPCN: 779993322	In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Customer Service: (800) 555-5555 (TTY: 711) Pharmacy Help Desk: (800) 555-5555 NurseHelp 24/7: (800) 555-5555 Transportation: (800) 555-5555 Website: blueshieldca.com/medicare Send Medical Claims to: Blue Shield of California PO Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Send Rx Claims to: Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon, San Juan, PR 00909-4830
--	--	---

Եթե Ձեր Անդամի ID քարտը վնասվել, կորել է կամ այն գողացել են, անմիջապես զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: Մենք Ձեզ նոր քարտ կուղարկենք:

Քանի դեռ Դուք մեր ծրագրի անդամ եք, կարիք չկա օգտագործել Ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտը կամ Ձեր Medi-Cal քարտը՝ ծառայությունների մեծ մասը ստանալու համար: Պահեք այդ քարտերը ապահով տեղում, եթե հետագայում դրանք Ձեզ անհրաժեշտ լինեն: Եթե Դուք ցույց տաք Ձեր Medicare քարտը Ձեր Անդամի ID քարտի փոխարեն, ապա մատակարարը կարող է հաշիվ ներկայացնել Medicare-ին՝ մեր ծրագրի փոխարեն, և Դուք կարող եք հաշիվ ստանալ: Ձեզանից կարող է պահանջվել ցույց տալ Ձեր Medicare քարտը, եթե Ձեզ անհրաժեշտ են հիվանդանոցային ծառայություններ, հոսփիսի ծառայություններ, կամ եթե Դուք մասնակցում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական գիտական հետազոտություններին (նաև կոչվում են կլինիկական փորձարկումներ): Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 7-ը*՝ պարզելու, թե ինչ պետք է անել, եթե մատակարարից հաշիվ ստանաք:

Հիշեք, որ Ձեզ անհրաժեշտ է Ձեր Medi-Cal քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (BIC)՝ հետևյալ ծառայություններից օգտվելու համար.

- Միայն Medi-Cal Rx-ի միջոցով ապահովագրված դեղատոմսեր:
- Ատամնաբուժական ծառայություններ, որոնք ապահովագրվում են միայն Medi-Cal Dental ծրագրի միջոցով:
- Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS)
- Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)
- Վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող վարքագծային առողջության ծառայություններ

12. Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու

Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն թվարկում է մեր ծրագրի ցանցի մատակարարներին և դեղատները: Քանի դեռ Դուք մեր ծրագրի անդամ եք, պետք է օգտվեք ցանցի մատակարարներից՝ ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Դուք կարող եք խնդրել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու* (էլեկտրոնային կամ տպագիր տարբերակով)՝ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարներով: Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի տպագիր պատճեններն ստանալու խնդրանքից հետո, դրանք կուղարկվեն Ձեզ երեք աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Կարող եք նաև հղում կատարել *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուին*, որը գտնվում է մեր կայքում՝ էջի ներքևում տրված վեբ հասցեով:

Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուում նշված են առողջապահության ոլորտի մասնագետները (օրինակ՝ բժիշկները, բուժքույրերը և հոգեբանները), հաստատությունները (օրինակ՝ հիվանդանոցները կամ կլինիկաները) և աջակցության մատակարարները (օրինակ՝ մեծահասակների ցերեկային առողջության և տնային առողջության մատակարարները), որոնց Դուք կարող եք այցելել որպես Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի անդամ: Տեղեկատուն թվարկում է այն դեղատները, որոնք Դուք կարող եք օգտագործել Ձեր դեղատոմսով դեղերը ստանալու համար: Տեղեկատուն նաև որոշ տեղեկություններ է տրամադրում հետևյալ հարցերի վերաբերյալ.

- Երբ ուղեգրեր են անհրաժեշտ այլ մատակարարների, մասնագետների կամ հաստատությունների այցելելու համար,
- Ինչպես ընտրել բժիշկ, և
- Ինչպես փոխել Ձեր բժշկին, և
- Ինչպես գտնել բժիշկներ, մասնագետներ, դեղատներ կամ հաստատություններ Ձեր տարածքում և/կամ բժշկական խմբում, և
- Ինչպես օգտվել Երկարաժամկետ ծառայություններից և աջակցություններից (LTSS), Տնային աջակցության ծառայություններից (IHSS) կամ Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրերից (MSSP), և
- Տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես օգտվել տնային առաքումից, տնային ներարկումներից կամ երկարաժամկետ խնամքի դեղատներից:

Ցանցի մատակարարների սահմանում

- Մեր ցանցի մատակարարները ներառում են՝
 - բժիշկներ, բուժքույրեր և առողջապահական այլ մասնագետներ, որոնց ծառայություններից կարող եք օգտվել որպես մեր ծրագրի անդամ,
 - կլինիկաներ, հիվանդանոցներ, բուժքույրական հաստատություններ և այլ վայրեր, որոնք ապահովում են առողջապահական ծառայություններ մեր ծրագրում, և

- LTSS, վարքագծային առողջության ծառայություններ, տնային առողջապահական գործակալություններ, տնական օգտագործման բժշկական սարքերի (DME) մատակարարներ և այլոք, ովքեր տրամադրում են ապրանքներ և ծառայություններ, որոնք Դուք ստանում եք Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով:

Ցանցի մատակարարները համաձայնում են ընդունել վճարումը մեր ծրագրից ապահովագրված ծառայությունների համար՝ որպես ամբողջությամբ վճարում:

Ցանցի դեղատոների սահմանում

- Ցանցի դեղատոներն այն դեղատոներն են, որոնք համաձայնում են դեղատոմսեր լրացնել մեր ծրագրի անդամների համար: Օգտագործեք *Մատակարարների և դեղատոների տեղեկատուն*՝ գտնելու ցանցի այն դեղատոնը, որից ցանկանում եք օգտվել:
- Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների, Դուք պետք է Ձեր դեղատոմսերը լրացնեք մեր ցանցի դեղատոներից մեկում, եթե ցանկանում եք, որ մեր ծրագիրն օգնի Ձեզ վճարել դրանց համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Ե՛վ Հաճախորդների սպասարկման բաժինը, և՛ մեր կայքը կարող են Ձեզ տրամադրել ամենաթարմ տեղեկատվությունը մեր ցանցի դեղատոների և մատակարարների փոփոխությունների վերաբերյալ:

Յ3. Ապահովագրված դեղերի ցանկ

Մեր ծրագիրն ունի *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*: Մենք այն կարճ անվանում ենք *Դեղերի ցանկ*: Այն պատմում է Ձեզ, թե որ դեղերն է ընդգրկում մեր ծրագիրը: Այս ցանկի դեղերն ընտրվում են մեր ծրագրի կողմից՝ բժիշկների և դեղագործների օգնությամբ: *Դեղերի ցանկը* պետք է համապատասխանի Medicare-ի պահանջներին: Medicare-ի Դեղերի արժեքի բանակցությունների ծրագրի շրջանակներում բանակցված գներով դեղերը կներառվեն Ձեր *Դեղերի ցանկում*, եթե դրանք չեն հեռացվել և փոխարինվել, ինչպես նկարագրված է **Գլուխ 5-ի Բաժին E-ում**: Medicare-ը հաստատել է Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի *Դեղերի ցանկը*:

Դեղերի ցանկը նաև տեղեկացնում է Ձեզ, թե արդյոք որևէ դեղի վերաբերյալ կան կանոններ կամ սահմանափակումներ, օրինակ՝ Ձեր կողմից ստանալիք քանակի սահմանափակում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը*:

Ամեն տարի մենք Ձեզ տեղեկություններ ենք ուղարկում այն մասին, թե ինչպես մուտք գործել *Դեղերի ցանկ*, սակայն տարվա ընթացքում որոշ փոփոխություններ կարող են տեղի ունենալ: Ամենավերջին տեղեկություններ ստանալու համար այն մասին, թե որ դեղերն են ապահովագրված, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ այցելեք մեր կայք էջի ներքևում նշված հասցեով:



J4. Նպաստների բացատրությունը

Երբ Դուք օգտագործում եք Ձեր Medicare Մաս D դեղերի նպաստները, մենք Ձեզ ամփոփագիր ենք ուղարկում, որպեսզի օգնենք Ձեզ հասկանալ և հետևել Ձեր Medicare Մաս D դեղերի համար վճարումներին: Այս ամփոփագիրը կոչվում է *Նպաստների բացատրություն* (EOB):

EOB-ը հայտնում է Ձեզ այն ընդհանուր գումարի չափը, որը Դուք կամ Ձեր անունից այլ անձինք ծախսել եք Ձեր Medicare Մաս D դեղերի վրա, և այն ընդհանուր գումարը, որը մենք վճարել ենք Ձեր Medicare Մաս D դեղերից յուրաքանչյուրի համար տվյալ ամսվա ընթացքում: Այս EOB-ը վճարման հաշիվ չէ: EOB-ն ավելի շատ տեղեկություններ ունի Ձեր ընդունած դեղերի մասին: Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 6-ն** ավելի շատ տեղեկություններ է տրամադրում EOB-ի մասին, ինչպես նաև այն մասին, թե ինչպես է այն օգնում Ձեզ հետևել Ձեր դեղերի ապահովագրությունը:

Դուք կարող եք նաև EOB խնդրել: Պատճեն ստանալու համար դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

K. Ձեր անդամակցության արձանագրությունները թարմացված վիճակում պահելը

Դուք կարող եք թարմացնել Ձեր անդամակցության արձանագրությունը՝ Ձեր տվյալները փոխվելու դեպքում մեզ տեղեկացնելով:

Մեզ անհրաժեշտ է այս տեղեկատվությունը՝ համոզվելու, որ մենք ունենք Ձեր ճիշտ տեղեկությունները մեր արձանագրություններում: Մեր ծրագրի ցանցի բժիշկները, հիվանդանոցները, դեղագործները և այլ մատակարարները օգտագործում են Ձեր անդամակցության տվյալները՝ իմանալու, թե ինչ ծառայություններ և դեղեր են ապահովագրված Ձեր դեպքում և ինչպիսին են Ձեր ծախսերի բաշխման գումարները: Այդ պատճառով շատ կարևոր է, որ օգնեք մեզ միշտ թարմ պահել Ձեր տվյալները:

Անմիջապես տեղեկացրեք մեզ հետևյալի մասին՝

- Ձեր անվան, հասցեի կամ հեռախոսահամարի փոփոխություն,
- փոփոխություններ ցանկացած այլ առողջապահական ապահովագրության ծածկույթում, օրինակ՝ Ձեր գործատուից, Ձեր ամուսնու/կնոջ գործատուից կամ Ձեր տնային գործընկերոջ գործատուից, կամ աշխատողների փոխհատուցման մեջ,
- ցանկացած պատասխանատվության պահանջ, օրինակ՝ ավտովթարից ստացված պահանջներ,
- ծերանոց կամ հիվանդանոց ընդունվելը,
- խնամք հիվանդանոցից կամ շտապ օգնության բաժանմունքից,

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- փոփոխություններ Ձեր խնամողի (կամ Ձեզ համար պատասխանատու որևէ մեկի), և
- արդյոք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության: **(Նշում.** պարտադիր չէ պատմել մեզ կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության մասին, որին մտադիր եք մասնակցել, բայց մենք ուրախ կլինենք, եթե անեք դա):

Եթե որևէ տեղեկատվություն փոխվի, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

K1. Անձնական առողջական տեղեկության գաղտնիություն (PHI)

Ձեր անդամակցության տվյալների մեջ առկա տեղեկատվությունը կարող է ներառեն անձնական առողջական տեղեկություն (PHI): Դաշնային և նահանգային օրենքները պահանջում են, որ մենք Ձեր PHI-ը գաղտնի պահենք: Մենք պաշտպանում ենք Ձեր PHI-ը: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այն մասին, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում Ձեր PHI-ը, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 8-ը*:



Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և ռեսուրսներ

Ներածություն

Այս գլխում Ձեզ տրամադրվում են կոնտակտային տվյալներ կարևոր ռեսուրսների համար, որոնք կարող են օգնել Ձեզ պատասխանել մեր ծրագրի և Ձեր առողջապահական նպաստների վերաբերյալ Ձեր հարցերին: Դուք կարող եք նաև օգտագործել այս գլուխը՝ տեղեկություններ ստանալու, թե ինչպես պետք է կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի և այլոց հետ՝ Ձեր անունից Ձեր շահերը պաշտպանելու համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Հաճախորդների սպասարկման բաժին	28
B. Ձեր Խնամքի համակարգողը	32
C. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)	35
D. Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծ	37
E. Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գիծ	38
F. Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)	39
G. Medicare	40
H. Medi-Cal	42
I. Medi-Cal-ի Կառավարվող խնամքի և հոգեկան առողջության Օմբուդսմենի գրասենյակ	43
J. Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ	44
K. Վարչաշրջանի վարքագծային առողջության ծառայությունների գործակալություն	46
L. California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժին	48
M. Առողջապահական սպառողի դաշինք (HCA)	49
N. Ծրագրեր՝ օգնելու մարդկանց վճարել դեղերի համար	49
N1. Extra Help Medicare-ից	49
N2. ՁԻԱՀ-ի Դեղերի աջակցության ծրագիր (ADAP)	50



N3. Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագիր	50
O. Սոցիալական ապահովություն	52
P. Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհուրդ (RRB)	53
Q. Medicare Medi-Cal Ombudsperson ծրագիր.....	54
R. Medi-Cal Dental	55



A. Հաճախորդների սպասարկման բաժին

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-452-4413: Այս հեռախոսագանգն անվճար է: 08:00-ից 20:00, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով (PT), շաբաթը յոթ օր: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, որոնք անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս հեռախոսագանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում: 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր:
ԳՐԵՔ	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
ԿԱՅՔԷԶ	blueshieldca.com/medicare

Կապվեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ օգնություն ստանալու համար
հետևյալի հետ կապված՝

- ծրագրի վերաբերյալ հարցեր
- պահանջների կամ վճարումների վերաբերյալ հարցեր
- ապահովագրական որոշումներ Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ
 - Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ ապահովագրական որոշումը
որոշում է հետևյալի մասին՝
 - Ձեր նպաստների և ապահովագրված ծառայությունների կամ
 - այն գումարի, որը մենք վճարում ենք Ձեր առողջապահական
ծառայությունների համար:
 - Զանգահարեք մեզ, եթե հարցեր ունեք Ձեր առողջական խնամքի
ապահովագրական որոշման վերաբերյալ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413
(TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսագանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Ապահովագրության որոշումների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը*:
- բողոքարկում Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ
 - Բողոքարկումը պաշտոնական եղանակ է՝ խնդրելու մեզ վերանայել Ձեր ապահովագրության վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը և խնդրել մեզ փոխել այն, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել կամ համաձայն չենք որոշման հետ:
 - Բողոքարկում ներկայացնելու մասին հավելյալ տեղեկություններ համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը* կամ կապվեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ:
- գանգատներ Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ
 - Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել մեր կամ ցանկացած մատակարարի (այդ թվում՝ ոչ ցանցի կամ ցանցի մատակարարի) դեմ: Ցանցի մատակարարը մատակարար է, ով աշխատում է մեր ծրագրի հետ: Դուք կարող եք նաև գանգատ ներկայացնել մեզ կամ Որակի բարելավման կազմակերպությանը (QIO)՝ Ձեր ստացած խնամքի որակի վերաբերյալ (տես **Բաժին F-ը**):
 - Դուք կարող եք գանգահարել մեզ և բացատրել Ձեր գանգատը 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով:
 - Եթե Ձեր գանգատը վերաբերում է Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ ապահովագրական որոշմանը, կարող եք բողոքարկել (տե՛ս վերոնշյալ բաժինը):
 - Դուք կարող եք մեր ծրագրի վերաբերյալ գանգատ ուղարկել Medicare-ին: Դուք կարող եք օգտագործել առցանց ձևաթուղթը www.medicare.gov/my/medicare-complaint կայքում: Կամ կարող եք գանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օգնություն խնդրելու համար:
 - Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել մեր ծրագրի վերաբերյալ Medicare Medi-Cal Ombudsperson ծրագրին՝ գանգահարելով 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:
 - Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ գանգատ ներկայացնելու մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը*:



- ապահովագրական որոշումներ Ձեր դեղերի վերաբերյալ
 - Ձեր դեղերի վերաբերյալ ապահովագրական որոշումը որոշում է հետևյալի մասին՝
 - Ձեր նպաստների և ապահովագրված դեղերի **կամ**
 - այն գումարի, որը մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի համար:
 - Medicare-ով չապահովագրվող դեղերը, ինչպիսիք են առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղերը և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Խնդրում ենք այցելել Medi-Cal Rx կայքը (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-977-2273 հեռախոսահամարով:
 - Ձեր դեղերի վերաբերյալ ապահովագրական որոշումների մասին հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի* **Գլուխ 9-ը**:
- բողոքարկումներ Ձեր դեղերի վերաբերյալ
 - Բողոքարկումը միջոց է՝ խնդրելու մեզ փոխել ապահովագրական որոշումը:
 - Ձեր դեղերի մասին բողոքարկումներ ներկայացնելու մասին հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի* **Գլուխ 9-ը**:
- զանգատներ Ձեր դեղերի վերաբերյալ
 - Դուք կարող եք զանգատ ներկայացնել մեզ կամ ցանկացած դեղատան: Սա ներառում է զանգատ Ձեր դեղերի վերաբերյալ:
 - Եթե Ձեր զանգատը վերաբերում է Ձեր՝ դեղերի ապահովագրական որոշմանը, ապա կարող եք բողոքարկում ներկայացնել: (Տես վերոնշյալ բաժինը):
 - Դուք կարող եք մեր ծրագրի վերաբերյալ զանգատ ուղարկել Medicare-ին: Դուք կարող եք օգտագործել առցանց ձևաթուղթը www.medicare.gov/my/medicare-complaint կայքում: Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օգնություն խնդրելու համար:
 - Ձեր դեղերի վերաբերյալ զանգատ ներկայացնելուն առնչվող հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի* **Գլուխ 9-ը**:



- առողջական խնամքի կամ դեղերի համար վճարումներ, որոնք Դուք արդեն
կատարել եք
 - Հավելյալ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես պետք է մեզ
խնդրեք փոխհատուցել Ձեզ կամ վճարել Ձեր ստացած հաշիվը,
ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 7-ը*:
 - Եթե Դուք խնդրեք մեզ հաշիվ վճարել, իսկ մենք մերժենք Ձեր խնդրանքի
որևէ մասը, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Ուսումնասիրեք այս
Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը:

B. Ձեր Խնամքի համակարգողը

Խնամքի համակարգողն այն անձն է, որը հատուկ պատրաստված է՝ օգնելու Ձեզ օգտվել Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստներից և ծառայություններից: Ձեր Խնամքի համակարգողը կլինի Ձեր Խնամքի թիմի մի մասը, և Ձեզ համար կհանդիսանա առաջնային կոնտակտ: Գրանցվելուց հետո Խնամքի համակարգողը կգանգահարի Ձեզ՝ լրացնելու համար Ձեր Առողջական վտանգի գնահատումը և Անհատականացված Խնամքի ծրագիրը: Սրանք գործիքներ են, որոնք Ձեր Խնամքի համակարգողը կօգտագործի, որպեսզի օգնի բացահայտել և անհատականացնել Ձեր առողջապահական կարիքները՝ Ձեզ համապատասխանեցնելու համար: Կարող եք կապվել կամ փոխել Ձեր Խնամքի համակարգողին՝ զանգահարելով ստորև նշված հեռախոսահամարով:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-548-5765: Այս հեռախոսագանգն անվճար է: 08:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառերով, բրայլյան այբուբենով և/կամ ձայնագրությամբ՝ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, որոնք անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս հեռախոսագանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում: 08:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:
ԳՐԵՔ	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Կապվեք Ձեր խնամքի համակարգողի հետ՝ օգնություն ստանալու համար հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- հարցեր Ձեր առողջական խնամքի մասին
- վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարում) ծառայություններ ստանալու վերաբերյալ հարցեր
- հարցեր ատամնաբուժական նպաստների վերաբերյալ
- հարցեր բժշկական ժամադրություններին փոխադրման վերաբերյալ
- հարցեր Երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցությունների (LTSS)՝ ներառյալ Չափահասների համայնքահեն ծառայությունների (CBAS) և Բուժքույրական հաստատությունների (NF) վերաբերյալ

Դուք կարող եք ստանալ հետևյալ ծառայությունները՝

- Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS)
- հմուտ բուժքույրական խնամք
- ֆիզիկական թերապիա
- աշխատանքային թերապիա
- խոսքի թերապիա
- բժշկական սոցիալական ծառայություններ
- տնային առողջապահական խնամք
- Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS) Ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալության միջոցով
- երբեմն Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Ձեր ամենօրյա առողջական խնամքի և կենցաղային կարիքների համար:

Կախված Ձեր բնակության վարչաշրջանից և Ձեր իրավասությունից, Դուք կարող եք նաև Համայնքային աջակցություն ստանալ Ձեր Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի միջոցով: Ձեր մատակարարը կարող է ուղղորդել Ձեզ, եթե նա կարծում է, որ Դուք իրավունակ եք Համայնքային աջակցություն համար, կամ կարող եք դիմել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր խնամքի համակարգողին հավելյալ տեղեկություններ համար: Դուք կարող եք ստանալ հետևյալ ծառայությունները՝

- Շրջակա միջավայրի մատչելիության հարմարեցումներ
(տան փոփոխություններ)
- Բնակարանային անցումային ծառայություններ
- Բնակարանային ավանդներ
- Բնակարանների վարձակալության և պահպանման ծառայություններ
- Աջակցող սնունդ կամ բժշկական հարմարեցված կերակուրներ
- Անձնական խնամքի և տնային տնտեսության ծառայություններ
- Վերականգնողական խնամք (բժշկական տնային խնամքի ժամանակավոր
թերևացում)
- Խնամողների ժամանակավոր փոխարինում
- Կարճաժամկետ հետիփվանդանոցային կացարան կամ
- Սթափեցնող կենտրոններ



C. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)

Առողջության ապահովագրության աջակցության նահանգային ծրագիրը (SHIP) կառավարության ծրագիր է, որն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր նահանգում, որոնք առաջարկում են անվճար օգնություն, տեղեկատվություն և պատասխաններ Ձեր՝ Medicare-ին վերաբերող հարցերին: California-ում SHIP-ը կոչվում է Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել Ձեր հարցերին և օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ անել Ձեր խնդիրը լուծելու համար: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, և նրանց ծառայություններն անվճար են:

HICAP-ն անկախ նահանգային ծրագիր է (կապ չունի որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ), որը գումար է ստանում դաշնային կառավարությունից՝ Medicare ունեցող մարդկանց առողջության ապահովագրության վերաբերյալ տեղում անվճար խորհրդատվություն տրամադրելու համար:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-434-0222 09:00-ից 16:00, երկուշաբթիից ուրբաթ
TTY	711 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
ԿԱՅՔԷԶ	https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Կապվեք HICAP-ի հետ՝ օգնություն ստանալու համար հետևյալ դեպքերում՝

- հարցեր Medicare-ի մասին
- HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել նոր ծրագրի անցնելու վերաբերյալ Ձեր հարցերին և օգնել Ձեզ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- հասկանալ Ձեր իրավունքները,
- հասկանալ Ձեր ծրագրի ընտրության տարբերակները,
- պատասխանել ծրագրերի փոփոխման վերաբերյալ հարցերին,
- գանգատներ ներկայացնել Ձեր առողջական խնամքի կամ բուժման վերաբերյալ և
- օգնել գանձումների կամ հայցերի հետ կապված խնդիրների դեպքում:



D. Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծ

Blue Shield of California-ի Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծն առաջարկում է աջակցություն գրանցված բուժքույրերի կողմից, որոնք կարող են պատասխանել հարցերին օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Բուժքույրերը հասանելի են հեռախոսով՝ պատասխանելու ընդհանուր առողջական հարցերին և լրացուցիչ տեղեկությունների համար լրացուցիչ ռեսուրսների ուղղություններ տրամադրելու համար: Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագծի միջոցով անդամները կարող են էլ.փոստով գրույցի ամփոփագիր ստանալ, որը ներառում է բոլոր տեղեկությունները և հղումները՝ հեշտ վկայակոչման համար: Դուք կարող եք զանգահարել Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծ՝ Ձեր առողջության կամ առողջական խնամքի հետ կապված հարցերի դեպքում:

Կոնտակտի
տեսակը

ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-304-0504: Այս հեռախոսագանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, որոնք անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս հեռախոսագանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:



Ե. Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գիծ

24-ժամյա հեռախոսագիծ, որը անմիջական աջակցություն է տրամադրում հոգեկան առողջության կամ թմրանյութերի օգտագործման ճգնաժամ ունեցող անձանց:
Վերապատրաստված խորհրդատուները կարող են գնահատել իրավիճակը, ճգնաժամային միջամտություն ապահովել, զանգահարողներին կապել համապատասխան ծառայությունների հետ և անհրաժեշտության դեպքում օգնել համակարգել շտապ օգնությունը:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐՔ	Los Angeles վարչաշրջանի Հասանելիության և ճգնաժամային գիծ 1-800-854-7771: Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, որոնք անգլերեն չեն խոսում: San Diego վարչաշրջանի Հասանելիության և ճգնաժամային գիծ 1-800-724-7240: Հեռախոսազանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, որոնք անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711: Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Զանգահարեք Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գիծ հետևյալ հարցերում օգնություն ստանալու համար՝

- վարքագծային առողջության և թմրանյութերի չարաշահման ծառայությունների վերաբերյալ հարցեր

Ձեր վարչաշրջանի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունների վերաբերյալ հարցերի համար ուսումնասիրեք **Բաժին K-ն**:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Բ. Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)

Մեր նահանգն ունի կազմակերպություն, որը կոչվում է Commence Health: Սա բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների խումբ է, որոնք օգնում են բարելավել Medicare-ով մարդկանց խնամքի որակը: Commence Health-ն անկախ կազմակերպություն է: Այն կապ չունի մեր ծրագրի հետ:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-588-1123
TTY	711 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
ԿԱՅՔԷԶ	commencehealthqio.cms.gov

Կապվեք Commence Health-ի հետ հետևյալի օգնության համար՝

- հարցեր Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ
- զանգատ ներկայացնելու Ձեր ստացած խնամքի վերաբերյալ, եթե Դուք՝
 - ունեք խնամքի որակի հետ կապված խնդիրներ, ինչպիսիք են սխալ դեղորայք ստանալը, անհարկի թեստերը կամ ընթացակարգերը կամ սխալ ախտորոշումը,
 - կարծում եք, որ Ձեր հիվանդանոցում մնալը շատ շուտ է ավարտվում, **կամ**
 - կարծում եք, որ Ձեր տնային առողջապահական խնամքը, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքը կամ համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



G. Medicare

Medicare-ը դաշնային առողջապահական ապահովագրության ծրագիր է 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց, 65 տարեկանից ցածր տարիքի, հաշմանդամություն ունեցող որոշ մարդկանց և երիկամների վերջնական փուլի հիվանդությամբ (երիկամների մշտական անբավարարություն, որը պահանջում է դիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում) մարդկանց համար:

Medicare-ի համար պատասխանատու դաշնային գործակալությունը Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններն են կամ CMS: Այս գործակալությունը պայմանագիր է կնքում Medicare Advantage-ի կազմակերպությունների հետ՝ ներառյալ մեր ծրագիրը:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048: Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԵՆՂԱՆԻ ԶՐՈՒՅՑ	Կենդանի զրույց՝ www.Medicare.gov/talk-to-someone
ԳՐԵՔ	Գրեք Medicare-ին հետևյալ հասցեով՝ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Կոնտակտի
տեսակը

ԿԱՅՔԷԶ

www.medicare.gov

- Տեղեկություններ ստացեք Ձեր տարածքում Medicare-ի առողջության և դեղերի ծրագրերի մասին, ներառյալ այն, թե ինչ արժեն դրանք և ինչ ծառայություններ են մատուցում:
- Գտեք Medicare-ին մասնակից բժիշկներ կամ առողջապահական խնամքի այլ մատակարարներ:
- Պարզեք, թե ինչ է ընդգրկում Medicare-ը, ներառյալ կանխարգելիչ ծառայությունները (օրինակ՝ զննումներ, սրսկումներ կամ պատվաստումներ և տարեկան «բարեկեցության» այցեր):
- Ստացեք Medicare-ի բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկությունները և ձևաթղթերը:
- Տեղեկություններ ստացեք ծրագրերի, ծերանոցների, հիվանդանոցների, բժիշկների, տնային առողջապահական գործակալությունների, դիալիզի հաստատությունների, հոսփիսի կենտրոնների, ստացիոնար վերականգնողական հաստատությունների և երկարաժամկետ խնամքի հիվանդանոցների կողմից տրամադրվող խնամքի որակի մասին:
- Փնտրեք օգտակար կայքեր և հեռախոսահամարներ:

Medicare-ին գանգատ ներկայացնելու համար այցելեք www.medicare.gov/my/medicare-complaint կայքը: Medicare-ը լուրջ է վերաբերվում Ձեր գանգատներին և կօգտագործի այս տեղեկատվությունը Medicare ծրագրի որակը բարելավելու համար:



H. Medi-Cal

Medi-Cal-ը California-ի Medicaid ծրագիրն է: Սա հանրային առողջության ապահովագրության ծրագիր է, որը տրամադրում է անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ ցածր եկամուտ ունեցող անձանց, այդ թվում՝ երեխա ունեցող ընտանիքների, տարեցների, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, խնամակալության տակ գտնվող երեխաների և երիտասարդների և հղի կանանց: Medi-Cal-ը ֆինանսավորվում է նահանգային և դաշնային կառավարության միջոցներից:

Medi-Cal-ի նպաստները ներառում են բժշկական, ատամնաբուժական, վարքագծային առողջության և երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

Դուք գրանցված եք Medicare-ում և Medi-Cal-ում: Եթե հարցեր ունեք Ձեր Medi-Cal նպաստների վերաբերյալ, զանգահարեք Ձեր ծրագրի խնամքի համակարգողին: Եթե հարցեր ունեք Medi-Cal ծրագրի գրանցման վերաբերյալ, զանգահարեք Առողջական խնամքի ընտրանքներ:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀ ԱՐԵՔ	1-800-430-4263 Երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 18:00
TTY	1-800-430-7077 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ԿԱՅՔԷԶ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



I. Medi-Cal-ի Կառավարվող խնամքի և հոգեկան առողջության Օմբուդսմենի գրասենյակ

Օմբուդսմենի գրասենյակը, չեզոքություն պահպանելով, օգնում է լուծել խնդիրներն՝ ապահովելու, որ մեր անդամները ստանան բժշկականորեն անհրաժեշտ բոլոր ապահովագրված ծառայությունները: Նրանք կլսեն, կպատասխանեն Ձեր հարցերին, կվերլուծեն Ձեր իրավիճակը, կբացատրեն կանոններն ու ընթացակարգերը, ինչպես նաև կտրամադրեն տեղեկատվություն, խորհրդատվություն և տարբերակներ և կառաջարկեն համապատասխան ուղեգրեր: Նրանց պարտականությունն է օգնել արդար լուծումներ գտնել առողջապահական խնամքի մատչելիության հետ կապված խնդիրների համար Դրանք կապված չեն մեր ծրագրի կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Նրանց ծառայություններն անվճար են:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀ ԱՐԵՔ	1-888-452-8609 Երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00
TTY	1-800-430-7077 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ԷԼ. ՓՈՍՏ	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ԿԱՅՔԷԶ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ե. Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ

Եթե օգնության կարիք ունեք Ձեր Տնային աջակցության ծառայությունների (IHSS), Ձեր Medi-Cal-ի տեղեկությունները թարմացնելու կամ Medi-Cal-ին համապատասխանության և թարմացվող նպաստների վերաբերյալ, դիմեք Los Angeles վարչաշրջանի կամ San Diego վարչաշրջանի Ձեր տեղական սոցիալական ծառայությունների գործակալությանը:

Կապվեք Ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալության հետ՝ դիմելու Տնային աջակցության ծառայությունների համար, ինչը կօգնի վճարել Ձեզ տրամադրվող ծառայությունների համար, որպեսզի կարողանաք ապահով մնալ Ձեր իսկ տանը: Ծառայությունների տեսակները կարող են ներառել օգնություն սնունդ պատրաստելու, լողանալու, հագնվելու, լվացքի գնումների կամ փոխադրման հարցում:

Կապվեք Ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալության հետ՝ Medi-Cal-ի համար Ձեր համապատասխանության վերաբերյալ ցանկացած հարցի դեպքում:

Կոնտակտի
տեսակը

ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-613-3777 Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային սոցիալական ծառայությունների վարչությունն ունի Հաճախորդների սպասարկման մեկ կենտրոն (CSC), որը ծառայություններ է մատուցում 33 շրջանային գրասենյակներին: Աշխատանքային ժամերն են՝ երկուշաբթիից ուրբաթ (բացառությամբ տոն օրերի), 07:30-ից 18:30:
TTY	1-877-735-2929 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Չանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
ԿԱՅՔԷՉ	https://dpss.lacounty.gov

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐՔ	1-866-262-9881 Այս հեռախոսագանգն անվճար է: San Diego վարչաշրջանի Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի ներկայացուցիչները հասանելի են 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Հասանելիության ինքնասպասարկման գիծը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Համակարգից օգտվելու համար զանգահարողները պետք է մուտքագրեն իրենց սոցիալական ապահովության համարը (SSN):
TTY	1-619-589-4459 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
ԿԱՅՔԷՉ	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



Կ. Վարչաշրջանի վարքագծային առողջության ծառայությունների գործակալություն

Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունները և թմրանյութերի
օգտագործմանն առնչվող խանգարումների ծառայությունները հասանելի են Ձեզ
վարչաշրջանի միջոցով, եթե Դուք համապատասխանում եք մուտքի չափանիշներին:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	Los Angeles վարչաշրջան 1-800-854-7771: Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, որոնք անգլերեն չեն խոսում: San Diego վարչաշրջան 1-888-724-7240: Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	711: Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

Կապվեք վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության գործակալության հետ՝ հետևյալի
հարցերում օգնության համար՝

- հարցեր վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող հոգեկան առողջության
մասնագիտացված ծառայությունների վերաբերյալ
- հարցեր վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող թմրանյութերի օգտագործման
հետ կապված խանգարումների ծառայությունների վերաբերյալ
- մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք ներառում,
բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝
 - հոգեկան առողջության ամբուլատոր ծառայություններ
 - ցերեկային բուժում

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413
(TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- ճգնաժամային միջամտություն և կայունացում
- դեպքերի նպատակային կառավարում
- չափահասների բնակարանային բուժում
- բնակության վայրում ճգնաժամային բուժում

L. California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժին

California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժինը (DMHC) պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի կարգավորման համար: DMHC-ի Օգնության կենտրոնը կարող է օգնել Ձեզ՝ Medi-Cal-ի ծառայությունների վերաբերյալ բողոքարկումների և զանգատների հարցում:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-466-2219 DMHC-ի ներկայացուցիչները հասանելի են 08:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:
TDD	1-877-688-9891 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԵՔ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ	916-255-5241
ԿԱՅՔԷԶ	www.dmhca.gov

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



M. Առողջապահական սպառողի դաշինք (HCA)

Առողջապահական սպառողի դաշինքը (HCA) նահանգային համագործակցություն է, որն առաջարկում է անվճար առցանց, հեռախոսով կամ անձամբ իրավաբանական օգնություն՝ օգնելու California-ի բնակիչներին, ովքեր պայքարում են առողջապահական ապահովագրություն ստանալու կամ պահպանելու և իրենց առողջապահական ծրագրերին առնչվող խնդիրները լուծելու համար: HCA-ի մասին ավելին իմանալու կամ հնարավոր օգնություն ստանալու համար զանգահարեք 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով կամ այցելեք www.healthconsumer.org/:

N. Ծրագրեր՝ օգնելու մարդկանց վճարել դեղերի համար

Medicare-ի կայքը (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) տրամադրում է տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես նվազեցնել Ձեր դեղերի ծախսերը: Սահմանափակ եկամուտ ունեցող մարդկանց համար կան նաև այլ օժանդակ ծրագրեր, ինչպես նկարագրված է ստորև:

N1. Extra Help Medicare-ից

Քանի որ Դուք իրավունակ եք Medi-Cal-ի համար, Դուք նաև որակավորվում եք և ստանում եք «Extra Help» Medicare-ից՝ վճարելու Ձեր դեղերի ծրագրի ծախսերը: Այս «Extra Help»-ը ստանալու համար Ձեզ հարկավոր չէ որևէ բան անել:

Կոնտակտի
տեսակը

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048 Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔԷՋ	www.medicare.gov

Եթե կարծում եք, որ դեղատանը Ձեր դեղատոմսի համար սխալ գումար եք վճարում, մեր ծրագիրն ունի գործընթաց, որը կօգնի ստանալ Ձեր ճիշտ համավճարի գումարի ապացույցը: Եթե Դուք արդեն ունեք ճիշտ գումարի ապացույցներ, մենք կարող ենք օգնել Ձեզ՝ կիսվել այս ապացույցով մեզ հետ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Կարող եք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին, տեղեկացնել նրանց, որ կարծում եք, որ շատ եք վճարում դեղատոմսով դեղերի համար և տրամադրել Ձեր Medi-Cal-ի տեղեկությունները: Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը կհամարվի լավագույն հասանելի ապացույց՝ Ձեր Extra Help-ը թարմացնելու և, հնարավորության դեպքում, Ձեր դեղատոմսի համավճարը նվազեցնելու համար: Դեղատոմսով դեղերի համավճարների իջեցումը երաշխավորված չէ:
- Երբ մենք ստանանք ապացույց, որը ցույց է տալիս ճիշտ համավճարի մակարդակը, մենք կթարմացնենք մեր համակարգը, որպեսզի հաջորդ դեղատոմսը ստանալիս կարողանաք վճարել ճիշտ համավճարի գումարը: Եթե Դուք Ձեր համավճարի չափից ավել եք վճարել, մենք այն Ձեզ հետ կվճարենք կամ չեկի, կամ կձևակերպենք որպես ապագա համավճար: Եթե դեղատոմսը չի վերցրել Ձեր համավճարը, և Դուք նրանց պարտք եք մնացել, մենք կարող ենք ուղղակիորեն վճարել դեղատոմսը: Եթե նահանգը վճարել է Ձեր անունից, մենք կարող ենք ուղղակիորեն վճարել նահանգին: Հարցերի դեպքում զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

N2. ՁԻԱՀ-ի Դեղերի աջակցության ծրագիր (ADAP)

ADAP-ն օգնում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով ապրող և ADAP-ին համապատասխանող մարդկանց հասանելիություն ունենալ ՄԻԱՎ-ի դեպքում օգտագործվող, կյանք փրկող դեղամիջոցներին: Medicare Մաս D դեղերը, որոնք գտնվում են նաև ADAP-ի դեղացանկում, համապատասխանում են դեղատոմսով դեղերի ծախսերի բաշխման հետ կապված օգնությանը California ADAP-ի միջոցով: Նշում. Ձեր նահանգում գործող ADAP-ի համար իրավասու լինելու համար մարդիկ պետք է համապատասխանեն որոշակի չափանիշների, ներառյալ տվյալ նահանգում բնակության և ՄԻԱՎ-ի կարգավիճակի ապացույցը, նահանգի կողմից սահմանված ցածր եկամուտը և չափահավաքված/թերապահովագրված կարգավիճակը: Եթե փոխեք ծրագրերը, խնդրում ենք տեղեկացնել Ձեր տեղական ADAP գրանցման աշխատողին, որպեսզի կարողանաք շարունակել օգնություն ստանալ: Իրավասության չափանիշների, ապահովագրված դեղերի կամ ծրագրին գրանցվելու մասին տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել California ADAP՝ 1-844-421-7050՝ հեռախոսահամարով, 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ, կամ այցելեք նրանց կայքը՝ https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx:

N3. Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագիր

Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագիրը վճարման տարբերակ է, որն աշխատում է Ձեր դեղերի ընթացիկ ապահովագրության հետ՝ օգնելու Ձեզ կառավարել Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը մեր ծրագրով ապահովագրված դեղերի համար՝ դրանք տարածելով օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվար-դեկտեմբեր): Medicare-ի դեղերի ծրագիր կամ Medicare-ի առողջապահական ծրագիր ունեցող ցանկացած անձ, որն ունի դեղերի ապահովագրություն

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



(օրինակ՝ Medicare Advantage-ի ծրագիր՝ դեղերի ապահովագրությամբ), կարող է օգտագործել այս վճարման տարբերակը: **Վճարման այս տարբերակը կարող է օգնել Ձեզ կառավարել Ձեր ծախսերը, սակայն այն Ձեզ համար գումար չի խնայում և չի նվազեցնում է Ձեր դեղերի ծախսերը: Եթե Դուք մասնակցում եք Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագրին և մնում եք նույն ծրագրում, ապա այս տարբերակը շարունակելու համար որևէ բան պետք չէ անել:** «Extra Help»-ը Medicare-ից և օգնությունը SPAP-ից և ADAP-ից նրանց համար, ովքեր որակավորվում են, ավելի շահավետ է, քան մասնակցությունն այս վճարման տարբերակին՝ անկախ Ձեր եկամտի մակարդակից, այդ պատճառով դեղերի ապահովագրություն ստանալու ծրագրերը պետք է առաջարկեն վճարման այս տարբերակը: Այս վճարման տարբերակի մասին ավելին իմանալու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ այցելեք www.medicare.gov:



Օ. Սոցիալական ապահովություն

Սոցիալական ապահովությունը որոշում է Medicare-ի իրավասությունը և կարգավորում է Medicare-ին անդամագրվելու գործընթացը:

Եթե տեղափոխվում եք կամ փոխում եք Ձեր փոստային հասցեն, կարևոր է, որ կապվեք Սոցիալական ապահովության հետ՝ նրանց տեղյակ պահելու համար:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-772-1213 Այս համարին զանգերն անվճար են: Աշխատանքային ժամեր՝ 08:00-ից 19:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Դուք կարող եք օգտվել նրանց ավտոմատացված հեռախոսային ծառայություններից՝ օրը 24 ժամ ձայնագրված տեղեկատվություն ստանալու և որոշ գործեր վարելու համար:
TTY	1-800-325-0778 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔԷՋ	www.ssa.gov

Բ. Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհուրդ (RRB)

RRB-ն անկախ դաշնային գործակալություն է, որը կառավարում է համապարփակ նպաստների ծրագրեր երկրի երկաթուղու աշխատողների և նրանց ընտանիքների համար: Եթե Դուք ստանում եք Medicare RRB-ի միջոցով, տեղեկացրեք նրանց, եթե տեղափոխվեք կամ փոխեք Ձեր փոստային հասցեն: RRB-ից ստացվող Ձեր նպաստների վերաբերյալ հարցերի համար դիմեք գործակալությանը:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-772-5772 Այս համարին զանգերն անվճար են: Սեղմեք «0»՝ RRB-ի ներկայացուցչի հետ խոսելու համար. 09:00-ից 15:30, երկուշաբթի, երեքշաբթի, հինգշաբթի և ուրբաթ օրերին, և 09:00-ից 12:00՝ չորեքշաբթի օրերին: Սեղմեք «1»՝ RRB ավտոմատացված օգնության գիծ մուտք գործելու և ձայնագրված տեղեկատվություն ստանալու համար օրը 24 ժամ, ներառյալ հանգստյան և տոն օրերը:
TTY	1-312-751-4701 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում: Այս համարին զանգերն անվճար չեն:
ԿԱՅՔԷԶ	www.rrb.gov

Q. Medicare Medi-Cal Ombudsperson ծրագիր

Medicare Medi-Cal Ombudsperson ծրագիրն առաջարկում է ԱՆՎՃԱՐ օգնություն՝ օգնելու այն մարդկանց, որոնք դժվարանում են ստանալ կամ պահպանել առողջապահական ապահովագրությունը և լուծել իրենց առողջապահական ծրագրերին առնչվող խնդիրները:

Եթե խնդիրներ ունեք հետևյալի հետ՝

- Medi-Cal
- Medicare
- Ձեր առողջապահական ծրագիր
- բժշկական ծառայություններից օգտվելը
- բողոքարկել մերժված ծառայությունները, դեղերը, տևական օգտագործման բժշկական սարքերը (DME), հոգեկան առողջության ծառայությունները և այլն
- բժշկական հաշիվներ
- Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS)

Medicare Medi-Cal-ի Ombudsperson ծրագիրն օգնում է գանգատների, բողոքարկումների և լուսմների հարցում: Ombudsperson ծրագրի հեռախոսահամարն է 1-855-501-3077:

R. Medi-Cal Dental

Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental-ի միջոցով, որը ներառում, բայց չի սահմանափակվում այնպիսի ծառայություններով, ինչպիսիք են՝

- նախնական զննումը, ռենտգեն, ատամների մաքրումը, ֆիսուրների հերմետիզացիան և ֆտորով բուժումը,
- վերականգնումները և պսակները,
- ատամարմատի խողովակի բուժում և
- մասնակի և ամբողջական արհեստական ատամնաշարերը, շտկումները, վերանորոգումները և արհեստական ատամնաշարերի կրկին տեղադրումը

Ատամնաբուժական նպաստները հասանելի են Medi-Cal Dental Fee-for-Service-ի (FFS) և Dental Կառավարվող խնամքի (Dental MC) միջոցով:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-322-6384 Հեռախոսազանգն անվճար է: Medi-Cal Dental FFS-ի ներկայացուցիչները Ձեզ օգնելու համար հասանելի են 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:
TTY	1-800-735-2922 Այս համարը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր լսելու կամ խոսելու դժվարություն ունեն: Զանգահարելու համար Դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔԷԶ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Medi-Cal Dental Fee-for-Service-ի փոխարեն Դուք կարող եք ատամնաբուժական նպաստներ ստանալ ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի ծրագրի միջոցով: Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի ծրագրերը հասանելի են Los Angeles-ի վարչաշրջաններում: Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ատամնաբուժական ծրագրերի մասին կամ ցանկանում եք փոխել ատամնաբուժական ծրագրերը, դիմեք Առողջական խնամքի ընտրանքներ՝ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077), երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 18:00: Հեռախոսազանգն անվճար է: Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի ծրագրի կոնտակտները հասանելի են նաև այստեղ՝ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Գլուխ 3. Մեր ծրագրի ապահովագրության օգտագործումը Ձեր առողջական խնամքի և այլ ապահովագրված ծառայությունների համար

Ներածություն

Այս գլխում կան հատուկ պայմաններ և կանոններ, որոնք Դուք պետք է իմանաք՝ մեր ծրագրի միջոցով առողջական խնամք և այլ ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար: Այն նաև պատմում է Ձեր խնամքի համակարգողի մասին, այն մասին, թե ինչպես ստանալ խնամք տարբեր տեսակի մատակարարներից և որոշակի հատուկ հանգամանքներում (ներառյալ ցանցից դուրս մատակարարներից կամ դեղատներից), ինչ անել, եթե Ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ են ներկայացնում մեր կողմից ապահովագրվող ծառայությունների համար, ինչպես նաև տևական օգտագործման բժշկական սարքերի (DME) սեփականության կանոնների մասին: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Տեղեկություններ ծառայությունների և մատակարարների մասին	59
B. Մեր ծրագրի կողմից ապահովագրվող ծառայությունները ստանալու կանոններ.....	59
C. Ձեր խնամքի համակարգողը	62
C1. Ինչ է խնամքի համակարգողը.....	62
C2. Ինչպես կարող եք կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի հետ	62
C3. Ինչպես կարող եք փոխել Ձեր խնամքի համակարգողին	62
D. Խնամք մատակարարների կողմից.....	62
D1. Խնամք առաջնային խնամքի մատակարարից (PCP)	62
D2. Խնամք մասնագետներից և ցանցի այլ մատակարարներից	66
D3. Երբ մատակարարը դուրս է գալիս մեր ծրագրից.....	67
D4. Արտացանցային մատակարարներ	68
E. Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություններ (LTSS)	68



F. Վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարման) ծառայություններ	70
F1. Medi-Cal-ի վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր ծրագրից դուրս.....	70
G. Փոխադրման ծառայություններ.....	74
G1. Ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրում	74
G2. Ոչ բժշկական փոխադրում	75
H. Ապահովագրված ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակում, երբ հրատապ պահանջվում է կամ աղետի ժամանակ.....	77
H1. Խնամք բժշկական արտակարգ իրավիճակում	77
H2. Հրատապ անհրաժեշտ խնամք	78
H3. Խնամք աղետի ժամանակ	80
I. Ինչ անել, եթե Ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ են ներկայացնում ապահովագրված ծառայությունների համար	80
I1. Ինչ անել, եթե մեր ծրագիրը չի ապահովագրում ծառայությունները	80
J. Առողջական խնամքի ծառայությունների ապահովագրումը կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության ժամանակ	81
J1. Կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության սահմանում	81
J2. Ծառայությունների վճարում, երբ Դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության.....	82
J3. Հավելյալ տեղեկություններ կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրությունների մասին.....	82
K. Ինչպես են ապահովագրվում Ձեր առողջական խնամքի ծառայությունները կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում.....	82
K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատության սահմանում	82
K2. Խնամք կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունից.....	83
L. Տևական օգտագործման բժշկական սարքեր (DME)	84
L1. DME ստանալը՝ որպես մեր ծրագրի անդամ	84

L2. DME-ի սեփականությունը, եթե անցնեք Original Medicare-ին	84
L3. Թթվածնային սարքավորման նպաստներ՝ որպես մեր ծրագրի անդամ	85
L4. Թթվածնային սարքավորում, երբ Դուք անցնում եք Original Medicare կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ այլ ծրագրի	86



A. Տեղեկություններ ծառայությունների և մատակարարների մասին

Ծառայություններն են՝ առողջական խնամքը, երկարաժամկետ ծառայությունները և աջակցությունները (LTSS), պարագաները, վարքագծային առողջության ծառայությունները, դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի տրվող դեղերը, սարքավորումները և այլ ծառայություններ: **Ապահովագրված ծառայություններն** այս ծառայություններից որևէ մեկն են, որի համար վճարում է մեր ծրագիրը: Ապահովագրված առողջական խնամքը, վարքագծային առողջությունը և LTSS-ը ներկայացված են այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 4-ում*: Դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի տրվող դեղերի Ձեր ապահովագրված ծառայությունները ներկայացված են այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ում*:

Մատակարարները բժիշկներ, բուժքույրեր և այլ մարդիկ են, որոնք Ձեզ ծառայություններ և խնամք են տրամադրում և լիցենզավորված են նահանգի կողմից: Մատակարարները ներառում են նաև հիվանդանոցներ, տնային առողջապահական գործակալություններ, կլինիկաներ և այլ վայրեր, որոնք Ձեզ առողջական խնամքի ծառայություններ, վարքագծային առողջության ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և որոշակի LTSS են տրամադրում:

Ցանցի մատակարարներն այն մատակարարներն են, որոնք աշխատում են մեր ծրագրի հետ: Այս մատակարարները համաձայնում են ընդունել մեր վճարումը որպես ամբողջական վճարում: Ցանցի մատակարարները մեզ ուղղակիորեն հաշիվ են ներկայացնում այն խնամքի համար, որը նրանք Ձեզ տալիս են: Երբ Դուք օգտվում եք ցանցի մատակարարից, Դուք սովորաբար ոչինչ չեք վճարում ապահովագրված ծառայությունների համար:

B. Մեր ծրագրի կողմից ապահովագրվող ծառայությունները ստանալու կանոններ

Մեր ծրագիրն ընդգրկում է Medicare-ի կողմից ապահովագրված բոլոր ծառայությունները և Medi-Cal-ի ծառայությունների մեծ մասը: Սա ներառում է որոշակի վարքագծային առողջություն և LTSS:

Մեր ծրագիրը հիմնականում կվճարի առողջական խնամքի ծառայությունների, վարքագծային առողջության ծառայությունների և LTSS-ի համար, որոնք Դուք ստանում եք, երբ հետևում եք մեր կանոններին: Մեր ծրագրի կողմից ապահովագրվելու համար՝

- Ձեր ստացած խնամքը պետք է ներառվի մեր Բժշկական նպաստների աղյուսակում՝ այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 4-ում*:
- Խնամքը պետք է լինի **բժշկականորեն անհրաժեշտ**: Բժշկականորեն անհրաժեշտ ասելով՝ մենք նկատի ունենք ծառայություններ, որոնք ողջամիտ են և անհրաժեշտ՝ Ձեր բժշկական վիճակը ախտորոշելու և բուժելու համար: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ խնամքն անհրաժեշտ է անհատներին լուրջ հիվանդանալուց կամ հաշմանդամությունից զերծ պահելու համար և նվազեցնելու ծանր ցավը՝ բուժելով հիվանդությունները կամ վնասվածքները:



- Բժշկական ծառայություններ ստանալու համար Դուք պետք է ունենաք ցանցի **առաջնային խնամքի մատակարար (PCP)**, որը տրամադրում և վերահսկում է Ձեր խնամքը: Որպես ծրագրի անդամ, Դուք պետք է ընտրեք ցանցի մատակարար, որը կլինի Ձեր PCP-ն (հավելյալ տեղեկությունների համար այցելեք **Բաժին D1**):
 - Շատ դեպքերում մեր ծրագիրը պետք է Ձեզ հաստատում տա, որպեսզի կարողանաք օգտվել այն մատակարարից, որը Ձեր PCP-ն չէ կամ օգտվել այլ մատակարարներից մեր ծրագրի ցանցում: Սա կոչվում է **ուղեգիր**: Եթե Դուք հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չափահավագրել ծառայությունները:
 - Մեր ծրագրի PCP-ները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ ընտրում եք Ձեր PCP-ն, Դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված բժշկական խումբը: Սա նշանակում է, որ Ձեր PCP-ն ուղղորդում է Ձեզ մասնագետների և ծառայությունների, որոնք նույնպես կապված են իրենց բժշկական խմբի հետ: Բժշկական խումբն առաջնային խնամքի բժիշկների և մասնագետների ասոցիացիա է, որը ստեղծված է Ձեզ համակարգված առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար:
 - Ձեր PCP-ի ուղեգրեր անհրաժեշտ չեն շտապ օգնության կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամքի, կանանց առողջապահական մատակարարից օգտվելու կամ **Բաժին D1-ում** թվարկված որևէ այլ ծառայությունների համար:
- **Դուք պետք է ստանաք Ձեր խնամքը ցանցի մատակարարներից** (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք **Բաժին D-ն** այս գլխում): Սովորաբար մենք չենք ապահովագրում այն մատակարարի խնամքը, որը չի աշխատում մեր առողջապահական ծրագրի հետ: Սա նշանակում է, որ Դուք պետք է ամբողջությամբ վճարեք մատակարարին՝ Ձեր ստացած ծառայությունների համար: Ահա մի քանի դեպքեր, երբ այս կանոնը չի կիրառվում:
 - Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է շտապ կամ հրատապ խնամք ցանցից դուրս մատակարարից (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք **Բաժին H**):
 - Եթե Դուք խնամքի կարիք ունեք, որն ապահովագրվում է մեր ծրագրի կողմից, և մեր ցանցի մատակարարները չեն կարող տրամադրել այն, կարող եք օգնություն ստանալ ցանցից դուրս գործող մատակարարից: Անհրաժեշտ է լիազորում, որը պետք է ձեռք բերվի ծրագրից՝ նախքան խնամք փնտրելը: Այս իրավիճակում մենք ապահովագրում ենք խնամքն այնպես, ինչպես այն դեպքում, եթե այն ստացել եք ցանցի մատակարարից **կամ** անվճար: Արտացանցային մատակարարից օգտվելու հաստատում ստանալու մասին տեղեկությունների համար անցեք **Բաժին D4**-ին:



- Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է երիկամների դիալիզի ծառայություններ, երբ Դուք կարճ ժամանակով գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ երբ Ձեր մատակարարը ժամանակավորապես մատչելի չէ կամ անհասանելի է, կարող եք խնամք ստանալ ցանցից դուրս գործող մատակարարից:
- Եթե Դուք նոր անդամ եք մեր ծրագրին, կարող եք խնդրել շարունակել օգտվել Ձեր ընթացիկ մատակարարներից: Որոշ բացառություններով, մենք պետք է հաստատենք այս հարցումը, եթե կարողանանք հաստատել, որ Դուք գոյություն ունեցող հարաբերություններ եք ունեցել մատակարարների հետ: Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 1-ը**: Եթե մենք հաստատենք Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք շարունակել օգտվել այն մատակարարներից, որոնցից այժմ օգտվում եք ծառայությունների համար մինչև 12 ամիս: Այդ ընթացքում Ձեր խնամքի համակարգողը կկապվի Ձեզ հետ՝ օգնելու Ձեզ գտնել մատակարարներ մեր ցանցում, որոնք փոխկապակցված են Ձեր PCP-ի բժշկական խմբին: 12 ամիս անց մենք այլև չենք ապահովագրի Ձեր խնամքը, եթե Դուք շարունակեք օգտվել մատակարարներից, որոնք մեր ցանցում չեն և փոխկապակցված չեն Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ:

Այլ առողջապահական ապահովագրություն. Դուք պետք է օգտագործեք բոլոր մյուս առողջապահական ապահովագրությունը նախքան Medi-Cal-ը, երբ նույն ծառայությունը հասանելի է Ձեր առաջնային առողջապահական ապահովագրության ներքո, քանի որ Medi-Cal-ը վերջին հնարավոր վճարողն է: Սա նշանակում է, որ շատ դեպքերում Medi-Cal-ը Medicare-ից հետո հանդես է գալիս որպես երկրորդային վճարող՝ Medi-Cal-ի սահմանած սակագնի չափով ծածկելով Medicare-ի կամ այլ առողջապահական ապահովագրության կողմից չվճարված՝ փոխհատուցման ենթակա ծախսերը:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի նոր անդամներ. Շատ դեպքերում Դուք կանդամագրվեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում Ձեր Medicare-ի նպաստների համար՝ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում անդամագրվելու հայտը ստանալուն հաջորդող ամսվա 1-ին օրը: Դուք դեռ կարող եք ևս երկու ամիս ստանալ Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Ձեր նախկին Medi-Cal առողջապահական ծրագրից: Դրանից հետո Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal ապահովագրությունում ոչ մի բաց չի լինի: Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել էջի ներքևում նշված համարով:

C. Ձեր խնամքի համակարգողը

C1. Ինչ է խնամքի համակարգողը

Խնամքի համակարգողն այն անձն է, որը հատուկ պատրաստված է՝ օգնելու Ձեզ օգտվել Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստներից և ծառայություններից: Ձեր խնամքի համակարգողը կլինի Ձեր խնամքի թիմի մի մասը, և նա կծառայի որպես առաջնային կոնտակտ Ձեզ համար: Գրանցվելուց հետո խնամքի համակարգողը կգանգահարի Ձեզ՝ ներկայանալու համար և կօգնի Ձեզ լրացնել Ձեր Առողջական վտանգի գնահատումը՝ Ձեր առողջապահական խնամքի կարիքները բացահայտելու համար:

C2. Ինչպես կարող եք կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի հետ

Դուք կարող եք կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի հետ՝ զանգահարելով 1-888-548-5765 հեռախոսահամարով, 08:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Երբ սկսեք աշխատել խնամքի համակարգողի հետ, կարող եք նաև կապվել նրա հետ՝ զանգահարելով նրա ուղիղ համարին:

C3. Ինչպես կարող եք փոխել Ձեր խնամքի համակարգողին

Ձեր խնամքի համակարգողին փոխելու խնդրանքով կարող եք զանգահարել 1-888-548-5765 հեռախոսահամարով, 08:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:

D. Խնամք մատակարարների կողմից

D1. Խնամք առաջնային խնամքի մատակարարից (PCP)

Դուք պետք է ընտրեք PCP՝ Ձեզ խնամք տրամադրելու և այն կառավարելու համար: Մեր ծրագրի PCP-ները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ ընտրում եք Ձեր PCP-ն, Դուք ընտրում եք նաև փոխկապակցված բժշկական խումբը:

PCP-ի սահմանումը և այն, թե ինչ է PCP-ն անում Ձեզ համար

Ձեր PCP-ն բժիշկ է, ով համապատասխանում է նահանգի պահանջներին և վերապատրաստված է Ձեր հիմնական բժշկական խնամքը ապահովելու համար: PCP-ն կարող է լինել ընտանեկան բժիշկ, ընդհանուր բժիշկ, ներքին բժշկության մատակարար, մանկաբարձ-գինեկոլոգ և որևէ մասնագետ՝ ըստ պահանջի: Դուք կարող եք մասնագետ ընտրել որպես Ձեր PCP, եթե մասնագետը համաձայնում է մատուցել այն բոլոր ծառայությունները, որոնք ավանդաբար մատուցում են PCP-ները: Որպեսզի Ձեր մասնագետը լինի Ձեր PCP-ն, դիմեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի (հեռախոսահամարները և աշխատանքային ժամերը տպված են այս էջի ներքևում): Որևէ հիվանդանոց, ինչպես օրինակ՝ Դաշնային որակավորված առողջության կենտրոնները (FQHC), կարող է նաև լինել Ձեր PCP-ն:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Դուք կստանաք Ձեր սովորական կամ հիմնական խնամքը Ձեր PCP-ից: Ձեր PCP-ն
կարող է նաև համակարգել Ձեզ անհրաժեշտ մնացած ապահովագրված
ծառայությունները: Այս ապահովագրված ծառայությունները ներառում են՝

- Ռենտգեններ
- Լաբորատոր թեստեր
- Թերապիաներ
- Խնամք բժիշկներից, ովքեր մասնագետներ են
- Հիվանդանոց ընդունվելը
- Հետբուժական խնամքը

Մեր ծրագրի PCP-ները կապված են որոշակի բժշկական խմբերի հետ: Բժշկական
խումբը կամ Անկախ բժիշկների միությունը (IPA) կազմակերպություն է, որը
ձևավորվել է California-ի օրենսդրության համաձայն և պայմանագիր է կնքում
առողջապահական ծրագրերի հետ՝ առողջապահական ծրագրերում գրանցված
անձանց առողջապահական ծառայություններ մատուցելու կամ դրանք
կազմակերպելու վերաբերյալ: Երբ ընտրում եք Ձեր PCP-ն, Դուք նաև ընտրում եք
փոխկապակցված բժշկական խումբը: Սա նշանակում է, որ Ձեր PCP-ն կուղեգրի Ձեզ
մասնագետների և ծառայությունների, որոնք նույնպես կապված են իրենց բժշկական
խմբի հետ:

Շատ դեպքերում, Դուք պետք է այցելեք Ձեր PCP-ին՝ ուղեգիր ստանալու համար՝
նախքան որևէ այլ առողջապահական մատակարարի կամ մասնագետի այցելելը: Երբ
այս ուղեգիրը հաստատվի Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի կողմից, Դուք կարող եք
ժամադրություն նշանակել մասնագետի կամ այլ մատակարարի հետ՝ Ձեզ
անհրաժեշտ բուժումը ստանալու համար: Մասնագետը Ձեր բուժման կամ
ծառայության ավարտից հետո այդ մասին կտեղեկացնի Ձեր PCP-ին, որպեսզի Ձեր
PCP-ն կարողանա շարունակել համակարգել Ձեր խնամքը: Որոշ ծառայություններ
ստանալու համար Ձեր PCP-ն պետք է նախապես հաստատում ստանա Ծրագրից կամ,
որոշ դեպքերում, Ձեր PCP-ի հետ փոխկապակցված բժշկական խմբից: Այս նախապես
հաստատումը կոչվում է «նախօրոք լիազորում»:

PCP-ի Ձեր ընտրությունը

Երբ Դուք դառնաք մեր ծրագրի անդամ, Դուք պետք է ընտրեք ծրագրի Մատակարար, որը
կլինի Ձեր PCP-ն:



PCP ընտրելու համար կարող եք.

- Օգտագործել Ձեր *Մատակարարների և դեղատոների տեղեկատուն*: Նայել «Primary Care Physicians» (Առաջնային խնամքի բժիշկներ) ցանկը, որը գտնվում է տեղեկատուի հետևում՝ գտնելու Ձեր ուզած բժշկին: (Ցանկը այբբենական կարգով է՝ ըստ բժիշկների ազգանունների), կամ
- Այցելել մեր կայք՝ blueshieldca.com/find-a-doctor, և փնտրել Ձեր ուզած PCP-ին, կամ
- Օգնության համար զանգահարեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Հաճախորդների սպասարկման բաժին (հեռախոսահամարը և աշխատանքի ժամերը տպված են այս էջի ներքևում):

Պարզելու համար, թե արդյոք Ձեր ուզած առողջական խնամքի Մատակարարը հասանելի է կամ ընդունում է նոր հիվանդներ, տեսեք *Մատակարարների և դեղատոների տեղեկատուն*, որը հասանելի է մեր կայքում կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տպված են այս էջի ներքևում): Եթե կա որոշակի մասնագետ կամ հիվանդանոց, որից Դուք ցանկանում եք օգտվել, պարզեք, թե արդյոք նրանք փոխկապակցված են Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ: Դուք կարող եք նայել *Մատակարարների և դեղատոների տեղեկատուն* կամ խնդրել Հաճախորդների սպասարկման բաժնին պարզել, թե արդյոք Ձեր ուզած PCP-ն ուղեգրում է այդ մասնագետի մոտ կամ օգտվում է այդ հիվանդանոցից:

Ձեր PCP-ին փոխելու տարբերակ

Դուք կարող եք փոխել Ձեր PCP-ին ցանկացած պատճառով, ցանկացած ժամանակ: Հնարավոր է նաև, որ Ձեր PCP-ն դուրս գա մեր ծրագրի ցանցից: Եթե Ձեր PCP-ն դուրս գա մեր ցանցից, մենք կարող ենք օգնել Ձեզ գտնել նոր PCP մեր ցանցում:

Ձեր PCP-ին փոխելու համար կարող եք հետևել վերը նշված «Ձեր PCP-ի ընտրությունը» հատվածի քայլերին: Համոզվեք, որ զանգահարում եք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ տեղեկացնելու նրանց, որ փոխում եք Ձեր PCP-ին (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տպված են այս էջի ներքևում):

Երբ Ձեր փոփոխությունը պահանջվի, նոր PCP-ի և նրա հետ փոխկապակցված Բժշկական խմբի նշանակումը տեղի կունենա՝ Ձեր PCP-ն փոխելու խնդրանքից հետո հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Ձեր PCP-ի անունը և ընդունարանի հեռախոսահամարը տպված է Ձեր անդամության քարտի վրա: Եթե փոխեք Ձեր PCP-ին, Դուք անդամակցության նոր քարտ կստանաք

Մեր ծրագրի PCP-ները փոխկապակցված են բժշկական խմբերի հետ: Եթե փոխեք Ձեր PCP-ին, հնարավոր է, որ նաև փոխեք բժշկական խմբերը: Երբ փոփոխություն եք խնդրում, տեղեկացրեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնին, եթե օգտվում եք մասնագետից կամ ստանում եք այլ ապահովագրված ծառայություններ, որոնք պետք է ունենան PCP-ի հաստատում: Հաճախորդների սպասարկման բաժնին օգնում է Ձեզ շարունակել Ձեր մասնագիտացված խնամքը և այլ ծառայությունները, երբ փոխում եք Ձեր PCP-ին:



Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց Ձեր PCP-ի հաստատման

Շատ դեպքերում, նախքան այլ մատակարարներից օգտվելը, Ձեզ անհրաժեշտ է Ձեր PCP-ի հաստատումը: Այս հաստատումը կոչվում է **ուղեգիր**: Դուք կարող եք ստանալ այնպիսի ծառայություններ, ինչպիսիք են ստորև թվարկվածները՝ առանց Ձեր PCP-ից *կամ* մեր ծրագրի նախապես հաստատման.

- Շտապ օգնության ծառայություններ ցանցի մատակարարներից կամ արտացանցային մատակարարներից
- Հրատապ պահանջվող ապահովագրված ծառայություններ, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական ուշադրություն (բայց ոչ շտապ օգնություն), եթե Դուք կամ ժամանակավորապես գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ եթե հաշվի առնելով Ձեր ժամանակը, վայրը և հանգամանքներն՝ այս ծառայությունն անիմաստ է ստանալ ցանցի մատակարարներից: Հրատապ պահանջվող ծառայությունների օրինակներ են անսպասելի հիվանդություններն ու վնասվածքները կամ առկա հիվանդություններ անսպասելի սրացումները: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ՝ մատակարարի ընթացիկ այցերը (օրինակ՝ տարեկան ստուգումները) հրատապ պահանջվող չեն համարվում, նույնիսկ եթե Դուք գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս կամ մեր ցանցը ժամանակավորապես հասանելի չէ:
- Երիկամների դիալիզիս ծառայություններ, որոնք Դուք ստանում եք Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզիս հաստատությունում, երբ գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս: Եթե նախքան սպասարկման տարածքից դուրս գալը զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին, մենք կարող ենք օգնել Ձեզ դիալիզ ստանալ, քանի դեռ տարածքում չէք:
- Գրիպի և COVID-19-ի դեմ պատվաստումները, ինչպես նաև հեպատիտ B-ի և թոքաբորբի դեմ պատվաստումները, քանի դեռ դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից:
- Կանանց առողջության պահպանման և ընտանիքի պլանավորման սովորական ծառայություններ: Սա ներառում է կրծքագեղձի հետազոտություն, մամոգրաֆիա (կրծքագեղձի ռենտգեն), ՊԱՊ թեստ և փոքր կոնքի օրգանների հետազոտություն, քանի դեռ դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից:

Բացի այդ, եթե Դուք ամերիկյան հնդկացիների միության անդամ եք, կարող եք ապահովագրված ծառայություններ ստանալ Ձեր ընտրած հնդկացիների առողջապահական ծառայությունների մատակարարից՝ առանց ցանցի PCP-ից ուղեգրի կամ նախօրոք լիազորման:



D2. Խնամք մասնագետներից և ցանցի այլ մատակարարներից

Մասնագետը բժիշկ է, ով տրամադրում է առողջական խնամք որոշակի հիվանդության կամ մարմնի մասի համար: Կան բազմաթիվ տեսակի մասնագետներ, օրինակ.

- Ուռուցքաբաններ, որոնք հոգ են տանում քաղցկեղով հիվանդների մասին:
- Սրտաբաններ, որոնք հոգ են տանում սրտի խնդիրներ ունեցող հիվանդների մասին:
- Օրթոպեդներ, որոնք հոգ են տանում ոսկրերի, հոդերի կամ մկանների խնդիրներ ունեցող հիվանդներին:

Երբ Ձեզ անհրաժեշտ է մասնագիտացված խնամք կամ լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք Ձեր PCP-ն չի կարող տրամադրել, նա Ձեզ ուղեգիր կտա: Երբ այս ուղեգիրը հաստատվի Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի կողմից, Դուք կարող եք ժամադրություն նշանակել մասնագետի կամ այլ մատակարարի հետ՝ Ձեզ անհրաժեշտ բուժումը ստանալու համար: Մասնագետը կտեղեկացնի Ձեր PCP-ին Ձեր բուժման կամ ծառայության ավարտից հետո, որպեսզի Ձեր PCP-ն շարունակի կառավարել Ձեր խնամքը:

Ձեր PCP-ն պետք է նախօրոք հաստատում ստանա Ծրագրից, որպեսզի Դուք ստանաք որոշակի ծառայություններ: Այս նախապես հաստատումը կոչվում է «նախօրոք լիազորում»:
Օրինակ, նախօրոք լիազորում է պահանջվում հիվանդանոցում բուժում ոչ շտապ ստացիոնար բուժումների համար: Որոշ դեպքերում, Ձեր PCP-ի հետ փոխկապակցված բժշկական խումբը, մեր ծրագրի փոխարեն, կարող է թույլատրել Ձեր ծառայությունը:

Եթե հարցեր ունեք այն մասին, թե ով է պատասխանատու ծառայությունների համար նախօրոք լիազորումներ ներկայացնելու և հաստատելու համար, դիմեք Ձեր PCP-ի հետ փոխկապակցված բժշկական խմբին: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այն մասին, թե որ ծառայություններն են պահանջում նախօրոք լիազորում, տե՛ս **Գլուխ 4-ի Բաժին D-ի** Նպաստների աղյուսակը:

Գրավոր ուղեգիրը կարող է լինել մեկ այցելության համար կամ կարող է լինել մշտական ուղեգիր մեկից ավելի այցելությունների համար, եթե Ձեզ անհրաժեշտ են ընթացիկ ծառայություններ: Մենք պետք է Ձեզ մշտական ուղեգիր տանք որակավորված մասնագետի հետևյալ պայմաններից որևէ մեկի համար՝

- քրոնիկ (շարունակվող) առողջական խնդիր,
- կյանքին սպառնացող մտավոր կամ ֆիզիկական հիվանդություն,
- դեգեներատիվ հիվանդություն կամ հաշմանդամություն,
- ցանկացած այլ առողջական խնդիր կամ հիվանդություն, որը բավականաչափ լուրջ կամ բարդ է մասնագետի կողմից բուժում պահանջելու համար:



Եթե անհրաժեշտության դեպքում գրավոր ուղեգիր չստանաք, հաշիվը կարող է չվճարվել:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝
այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

D3. Երբ մատակարարը դուրս է գալիս մեր ծրագրից

Ցանցի մատակարարը, որի ծառայություններից օգտվում եք, կարող է դուրս գալ մեր
ծրագրից: Եթե Ձեր մատակարարներից մեկը դուրս գա մեր ծրագրից, Դուք կունենաք այս
իրավունքները և պաշտպանությունը, որոնք ամփոփված են ստորև.

Նույնիսկ եթե մեր մատակարարների ցանցը փոխվի տարվա ընթացքում, մենք պետք է
Ձեզ անխափան մուտք տանք որակավորված մատակարարներին:

- Մենք Ձեզ կտեղեկացնենք, որ Ձեր մատակարարը դուրս է գալիս մեր ծրագրից,
որպեսզի Դուք նոր մատակարար ընտրելու ժամանակ ունենաք:
 - Եթե Ձեր առաջնային խնամքի կամ վարքագծային առողջության
մատակարարը դուրս գա մեր ծրագրից, մենք Ձեզ կտեղեկացնենք, եթե
վերջին երեք տարվա ընթացքում այցելել եք այդ մատակարարին:
 - Եթե Ձեր մյուս մատակարարներից որևէ մեկը դուրս գա մեր ծրագրից,
մենք Ձեզ կտեղեկացնենք, եթե Դուք կցված եք այդ մատակարարին,
ներկայումս խնամք եք ստանում նրանից կամ այցելել եք նրան վերջին
երեք ամսվա ընթացքում:
- Մենք կօգնենք Ձեզ ընտրել նոր որակավորված ցանցի մատակարար, որպեսզի
շարունակեք կառավարել Ձեր առողջական խնամքի կարիքները:
- Եթե Դուք ներկայումս բժշկական բուժում կամ թերապիա եք անցնում Ձեր
ընթացիկ մատակարարի մոտ, Դուք իրավունք ունեք խնդրել բժշկականորեն
անհրաժեշտ բուժում կամ թերապիա շարունակել ստանալ: Մենք կաշխատենք
Ձեզ հետ, որպեսզի Դուք կարողանաք շարունակել խնամք ստանալ:
- Մենք Ձեզ տեղեկատվություն կտրամադրենք գրանցման հասանելի
ժամանակահատվածների և ծրագրերը փոխելու տարբերակների մասին:
- Եթե մենք չկարողանանք ցանցում որակավորված մասնագետ գտնել, որը
հասանելի է Ձեզ, մենք պետք է կազմակերպենք, որպեսզի ցանցից դուրս
մասնագետն ապահովի Ձեր խնամքը, երբ ցանցի մատակարարը կամ նպաստը
հասանելի չէ, կամ բավարար չէ Ձեր բժշկական կարիքները բավարարելու համար:
- Եթե պարզեք, որ Ձեր մատակարարներից մեկը հեռանում է մեր ծրագրից,
կապվեք մեզ հետ: Մենք կարող ենք օգնել Ձեզ ընտրել նոր մատակարար՝ Ձեր
խնամքը կառավարելու համար:



- Եթե կարծում եք, որ մենք չենք փոխարինել Ձեր նախորդ մատակարարին որակավորված մատակարարով, կամ որ մենք լավ չենք կառավարում Ձեր խնամքը, Դուք իրավունք ունեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը (QIO) ներկայացնել խնամքի որակի վերաբերյալ գանգատ, խնամքի որակի վերաբերյալ բողոք կամ երկուսը միասին: (Ուսումնասիրեք **Գլուխ 9-ը**, լրացուցիչ տեղեկությունների համար):

D4. Արտացանցային մատակարարներ

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է բժշկական օգնություն, որը Medicare-ը և/կամ Medi-Cal-ը պահանջում է, որ մեր ծրագիրն ապահովագրի, իսկ մեր ցանցի Մատակարարները չեն կարող տրամադրել այս խնամքը, Դուք կարող եք ստանալ այս խնամքը արտացանցային Մատակարարից: Ձեր PCP-ն պատասխանատու է արտացանցային ծառայությունների համար նախօրոք լիազորման հայտը ներկայացնելու համար: Դուք պետք է լիազորո՞ւմ ստանաք ծրագրից կամ Ձեր PCP-ի հետ կապված բժշկական խմբից՝ նախքան արտացանցային մատակարարից խնամք ստանալը, եթե Դուք շտապ կամ հրատապ պահանջվող ծառայություններ չեք ստանում: Բացի այդ, ծրագրերը պետք է ապահովագրեն դիալիզի ծառայությունները վերջնական փուլի երիկամային հիվանդություն (ESRD) ունեցող անդամների համար, ովքեր ճանապարհորդել են ծրագրերի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ երբ մատակարարը ժամանակավորապես մատչելի կամ հասանելի չէ, և չեք կարող մուտք գործել ESRD-ի հետ պայմանագիր կնքած մատակարարներին: Այս իրավիճակում Դուք կվճարեք նույնը, ինչ կվճարեիք, եթե խնամքը ստանաք ցանցի մատակարարից:

Եթե Դուք օգտվում եք արտացանցային մատակարարից, մատակարարը պետք է ընդունի Medicare-ը և/կամ Medi-Cal-ը:

- Մենք չենք կարող վճարել մատակարարին, որն իրավունակ չէ Medicare-ին և/կամ Medi-Cal-ին մասնակցելու համար:
- Եթե Դուք օգտվում եք մատակարարից, որն իրավունակ չէ Medicare-ին մասնակցելու համար, Դուք պետք է վճարեք Ձեր ստացած ծառայությունների ամբողջ արժեքը:
- Մատակարարները պետք է Ձեզ տեղյակ պահեն, եթե իրավունակ չեն Medicare-ին մասնակցելու համար:

E. Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություններ (LTSS)

LTSS-ը կարող է օգնել Ձեզ մնալ տանը և խուսափել հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում մնալուց: Դուք մուտք ունեք որոշակի LTSS-ի մեր ծրագրի միջոցով, ներառյալ մասնագիտացված խնամքի հաստատությունների խնամքը, Չափահասների համայնքահեն ծառայությունները (CBAS) և Համայնքային աջակցություն: LTSS-ի մեկ այլ տեսակ՝ տնային աջակցության ծառայությունների ծրագիրը, հասանելի է Ձեր

վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալության միջոցով: LTSS-ը նախատեսված է այն անդամների համար, որոնք օգնության կարիք ունեն առօրյա այնպիսի գործողություններ կատարելիս, ինչպիսիք են լողանալը, հագնվելը, կերակուր պատրաստելը և դեղեր ընդունելը: Եթե օգնության կարիք ունեք անկախ ապրելու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր Խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ ուղեգրման համար:

LTSS-ն ներառում է Չափահասների համայնքահեն ծառայությունները (CBAS), Տնային աջակցության ծառայությունները (IHSS), Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիրը (MSSP) և Երկարաժամկետ խնամքը/Խնամակալությունը:

Երբեմն Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Ձեր ամենօրյա առողջական խնամքի և կենցաղային կարիքների համար:

Դուք կարող եք ստանալ հետևյալ ծառայությունները՝

- Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS)
- Հմուտ բուժքույրական խնամք
- Ֆիզիկական թերապիա
- Աշխատանքային թերապիա
- Խոսքի թերապիա
- Բժշկական սոցիալական ծառայություններ
- Տնային առողջապահական խնամք

Կախված Ձեր բնակության վարչաշրջանից և Ձեր իրավասությունից, Դուք կարող եք նաև Համայնքային աջակցություն ստանալ Ձեր Blue Shield Promise Medi-Cal Plan-ի միջոցով: Ձեր մատակարարը կարող է ուղղորդել Ձեզ, եթե նա կարծում է, որ Դուք իրավունակ եք Համայնքային աջակցություն համար, կամ կարող եք դիմել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր Խնամքի համակարգողին հավելյալ տեղեկություններ համար: Դուք կարող եք ստանալ հետևյալ ծառայությունները՝

- Շրջակա միջավայրի մատչելիության հարմարեցումներ (տան փոփոխություններ)
- Բնակարանային անցումային ծառայություններ
- Բնակարանային ավանդներ
- Բնակարանների վարձակալության և պահպանման ծառայություններ
- Աջակցող սնունդ կամ բժշկական հարմարեցված կերակուրներ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Անձնական խնամքի և տնային տնտեսության ծառայություններ
- Վերականգնողական խնամք (բժշկական տնային խնամքի ժամանակավոր թեթևացում)
- Խնամողների ժամանակավոր փոխարինում
- Կարճաժամկետ հետիփվանդանոցային բնակարան
- Սթափեցնող կենտրոններ

F. Վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարման) ծառայություններ

Դուք իրավունք ունեք օգտվել բժշկականորեն անհրաժեշտ վարքագծային առողջության ծառայություններից, որոնք Medicare-ը և Medi-Cal-ն ապահովագրում են: Մենք տրամադրում ենք մուտք վարքագծային առողջության ծառայություններին, որոնք ապահովագրված են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքով: Մեր ծրագիրը չի տրամադրում Medi-Cal մասնագիտացված հոգեկան առողջության կամ թմրանյութերի օգտագործման խանգարման հետ կապված վարչաշրջանային ծառայություններ, սակայն այս ծառայությունները հասանելի են Ձեզ Los Angeles վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչության (LACDMH), Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժնի (LACDPH) և San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայությունների միջոցով:

F1. Medi-Cal-ի վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր ծրագրից դուրս

Medi-Cal-ի հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները հասանելի են Ձեզ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության ծրագրի (MHP) միջոցով, եթե Դուք համապատասխանում եք հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններից օգտվելու չափանիշներին: Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Los Angeles վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչության (LACDMH), և Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային առողջության վարչության (LACDPH), և San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայությունների կողմից, ներառում են՝

- հոգեկան առողջության ծառայություններ
- դեղամիջոցների աջակցության ծառայություններ
- ցերեկային բուժման ինտենսիվ ծառայություններ
- ցերեկային վերականգնողական բուժում
- ճգնաժամային միջամտության ծառայություններ



- ճգնաժամի կայունացման ծառայություններ
- բնակության վայրում չափահասների բուժման ծառայություններ
- բնակության վայրում ճգնաժամային բուժման ծառայություններ
- հոգեբուժական առողջապահական հաստատության ծառայություններ
- հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ
- դեպքերի նպատակային կառավարում
- վերադարձ արդարադատական համակարգից
- ինտենսիվ համայնքային բուժում (ACT)
- դատական համակարգում ինտենսիվ համայնքային բուժում (FACT)
- համակարգված մասնագիտացված խնամք (CSC) փսիխոլոգի առաջին դրվագ (FEP) ունեցողների համար
- ակումբային աջակցության ծառայություններ
- համայնքային բուժաշխատողների (CHW) ուժեղացված ծառայություններ
- աջակցվող զբաղվածություն
- թերապևտական վարքագծային ծառայություններ
- թերապևտիկ խնամատարություն
- ինտենսիվ խնամքի համակարգում
- տանը մատուցվող ինտենսիվ ծառայություններ

Drug Medi-Cal-ի (DMC) ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Los Angeles վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչության (LACDMH), և Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային առողջության վարչության (LACDPH) և San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայությունների կողմից, ներառում են՝

- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- պերինատալ բնակության վայրում թմրանյութերի օգտագործման խանգարման բուժում
- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- թմրամիջոցների բուժման ծրագիր

- թմրամոլության բուժման դեղեր (նաև կոչվում է Դեղորայքային օժանդակ բուժում)
- գործընկերների աջակցության ծառայություններ

Medi-Cal-ի կամ Drug Medi-Cal-ի կազմակերպված առաքման համակարգի (DMC-ODS) ծառայությունները հասանելի են Ձեզ Los Angeles վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչության (LACDMH), և Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային առողջության վարչության (LACDPH), և San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայությունների միջոցով, եթե Դուք համապատասխանում եք այս ծառայությունները ստանալու չափանիշներին: DMC-ODS ծառայությունները ներառում են՝

- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- թմրամոլության բուժման դեղեր (նաև կոչվում է Դեղորայքային օժանդակ բուժում)
- բնակության վայրում բուժման ծառայություններ
- հեռացման կառավարման ծառայություններ
- թմրամիջոցների բուժման ծրագիր
- վերականգնման ծառայություններ
- խնամքի համակարգում
- վաղ միջամտության ծառայություններ (21 տարեկանից ցածր տարիքի անդամների համար)
- վաղ պարբերական զննում, ախտորոշում և բուժում (21 տարեկանից ցածր տարիքի անդամների համար)
- ստացիոնար բուժման ծառայություններ

Բացի վերը թվարկված ծառայություններից, Դուք կարող եք օգտվել կամավոր ստացիոնար թունազերծման ծառայություններից, եթե համապատասխանում եք չափանիշներին:

Վարքագծային առողջության ծառայությունների առկայություն

Ձեզ հասանելի է համապարփակ ծառայությունների ամբողջական տեսականի: Դուք կարող եք ինքնուրույն դիմել պայմանագրային մատակարարին, և կարող եք նաև ուղղորդվել Ձեր PCP-ի կողմից, ընտանիքի անդամի և այլնի կողմից: Ծառայություններից օգտվելու համար «սխալ դուռ չկա»: Ծառայություններ ստանալու հարցում օգնության համար կարող եք կապվել հետևյալի հետ՝

- Վարչաշրջանի ճգնաժամային և ուղղորդման գիծ (տե՛ս այս տեղեկագրի **Գլուխ 2, Բաժին K**՝ հեռախոսահամարի և աշխատանքային ժամերի համար)
- Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային առողջության վարչության Թմրանյութերի չարաշահման կանխարգելման և վերահսկման բաժին (խնդրում ենք զանգահարել 888-742-7900 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր)
- San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայությունների Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման ծառայություն (խնդրում ենք զանգահարել 888-724-7240 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր)
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Վարքագծային առողջության գիծ (տե՛ս այս տեղեկագրի **Գլուխ 2-ի Բաժին D-ն**՝ հեռախոսահամարի և աշխատանքային ժամերի համար)
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տպված են այս էջի ներքևում)

Բժշկականորեն անհրաժեշտ ծառայությունների որոշման գործընթաց

Բժշկական անհրաժեշտությունը որոշվում է համապատասխան լիցենզավորված Մատակարարի կողմից: Բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներն օգտագործվում են ինչպես Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի, այնպես էլ Վարչաշրջանի կողմից, մշակվել են վարքագծային առողջության փորձագետների և այլ շահագրգիռ կողմերի կողմից և համապատասխանում են կանոնակարգող պահանջներին:

Ուղեգրման գործընթաց Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի և Վարչաշրջանի միջև

Եթե՞Դուք ծառայություններ եք ստանում Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ից կամ Վարչաշրջանից, Ձեզ կարող են ուղեգրել Ձեր կարիքներին համապատասխան այլ կազմակերպության: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը կամ Վարչաշրջանը կարող են ուղեգրել Ձեզ՝ զանգահարելով այն կազմակերպությանը, որին ուղարկվում է ուղեգիրը: Նաև ուղեգրման ձևաթուղթ պետք է լրացվի ուղեգրող Մատակարարի կողմից և ուղարկվի այն կազմակերպությանը, որին Ձեզ ուղեգրում են:

Խնդրի լուծման գործընթաց

Եթե Ձեր և Վարչաշրջանի կամ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի միջև վեճ լինի, Դուք կշարունակեք ստանալ բժշկականորեն անհրաժեշտ վարքագծային խնամք, ներառյալ դեղատոմսով դեղերը, մինչև վեճը լուծվի: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ն աշխատել է Վարչաշրջանի հետ՝ մշակելու լուծման գործընթացներ, որոնք ժամանակին են և բացասաբար չեն ազդում այն ծառայությունների վրա, որոնք Ձեզ հարկավոր են: Դուք կարող եք նաև օգտագործել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կամ Վարչաշրջանի բողոքարկման գործընթացը՝ կախված այն կազմակերպությունից, որի հետ Դուք վեճ ունեք: Բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Գ. Փոխադրման ծառայություններ

Գ1. Ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրում

Դուք ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրման (NEMT) իրավունք ունեք, եթե ունեք այնպիսի բժշկական կարիքներ, որոնք թույլ չեն տալիս Ձեր այցերի համար մեքենա, ավտոբուս կամ տաքսի օգտագործել: NEMT-ը կարող է տրամադրվել Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված բոլոր ծառայությունների համար, ինչպիսիք են բժշկական, ատամնաբուժական, հոգեկան առողջությունը, թմրանյութերի օգտագործումը և դեղատան ժամադրություններ: Եթե Ձեզ դեռ անհրաժեշտ է ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրում, երբ արդեն օգտվել եք մեր կողմից Ձեզ տրամադրված 48 միակողմանի ուղևորություններից, կարող եք խոսել Ձեր մատակարարի հետ և խնդրել լրացուցիչ ուղևորություններ: Ձեր մատակարարը կամ մեր փոխադրման մատակարար Call The Car-ը կորոշեն փոխադրման լավագույն տեսակը՝ Ձեր կարիքները բավարարելու համար: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է NEMT, նրանք կնշանակեն այն՝ լրացնելով ձևաթուղթը, և այն կներկայացնեն Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին հաստատման համար: Կախված Ձեր բժշկական կարիքներից՝ կարող եք հաստատում ստանալ մինչև 12 ամսվա համար: Ձեր PCP-ն կրկին կգնահատի NEMT-ի Ձեր անհրաժեշտությունը՝ ինչպես հարկավոր է, կամ Ձեր դեղատոմսի ժամկետի ավարտից հետո, և կարող է NEMT-ը կրկին հաստատել մինչև 12 ամսվա համար:

NEMT-ը շտապօգնության մեքենա, պատգարակով միկրոավտոբուս, անվասայլակով միկրոավտոբուս կամ օդային տրանսպորտ է: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը թույլ է տալիս նվազագույն ծախսերով ապահովագրված փոխադրման եղանակը և ամենահամապատասխան NEMT-ը Ձեր բժշկական կարիքների համար, երբ Ձեզ անհրաժեշտ է ուղևորություն դեպի Ձեր ժամադրություն: Օրինակ, եթե ֆիզիկապես կամ բժշկական առումով կարող եք փոխադրվել անվասայլակ տեղափոխող միկրոավտոբուսով, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը չի վճարի շտապօգնության մեքենայի համար: Դուք օդային փոխադրման իրավունք ունեք միայն այն դեպքում, եթե Ձեր բժշկական խնդիրն անհնար է դարձնում որևէ տեսակի ցամաքային փոխադրում:

NEMT-ից պետք է օգտվել, երբ.

- Դա Ձեզ ֆիզիկական կամ բժշկական առումով անհրաժեշտ է՝ համաձայն Ձեր PCP-ի գրավոր որոշման, քանի որ Դուք չեք կարող օգտվել ավտոբուսից, տաքսիից, մեքենայից կամ միկրոավտոբուսից՝ Ձեր ժամադրությանը գնալու համար:
- Ֆիզիկական կամ հոգեկան հաշմանդամության պատճառով Ձեզ անհրաժեշտ է վարորդի օգնությունը՝ դեպի Ձեր տուն, մեքենա կամ բուժման վայր գնալու և վերադառնալու համար:

Բժշկական փոխադրում խնդրելու համար, որը Ձեր բժիշկը նշանակել է ոչ հրատապ **ընթացիկ ժամադրությունների համար**, զանգահարեք Call the Car (877) 433-2178 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ և շաբաթը 7 օր: CTC Go բջջային հավելվածը կարող է

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



օգտագործվել անվասայլակների ամրագրումները պլանավորելու, խմբագրելու, հետևելու և չեղարկելու համար: CTC Go բջջային հավելվածը չի կարող օգտագործվել պատգարակով փոխադրման համար, և Դուք պետք է զանգահարեք այդ ամրագրումները կատարելու համար: Ոչ շտապ ընթացիկ ժամադրությունների ամրագրումները պետք է կատարվեն Ձեր այցից 24 ժամ առաջ: **Ժամադրությունների** համար զանգահարեք որքան հնարավոր է շուտ: Ձեր Անդամի ID քարտը պատրաստ պահեք, երբ զանգահարեք: Լրացուցիչ տեղեկությունների դեպքում նույնպես կարող եք զանգահարել:

Բժշկական փոխադրման սահմանափակումներ

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ն ապահովագրում է ամենաէժան բժշկական փոխադրումը, որը բավարարում է Ձեր բժշկական կարիքները՝ Ձեր տնից մինչև ամենամոտ այն մատակարարը, որի մոտ հնարավոր է այց նշանակել: Բժշկական փոխադրում չի տրամադրվի, եթե Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն ապահովագրում ծառայությունը: Եթե ժամադրության տեսակն ապահովագրվում է Medi-Cal-ի, բայց ոչ առողջապահական ծրագրի կողմից, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը կօգնի Ձեզ ամրագրել Ձեր փոխադրումը: Ապահովագրված ծառայությունների ցանկը ներկայացված է այս տեղեկագրի **Գլուխ 4-ում**: Փոխադրումը չի ապահովագրվում Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի ցանցից կամ սպասարկման տարածքից դուրս, եթե այն նախապես հաստատված չէ:

G2. Ոչ բժշկական փոխադրում

Ոչ բժշկական փոխադրումների (NMT) նպաստները ներառում են Ձեր մատակարարի կողմից լիազորված ծառայության համար Ձեր ժամադրություններին ճանապարհորդելը և վերադառնալը: Դուք կարող եք անվճար ուղևորություն ստանալ, երբ Դուք՝

- Ուղևորություն և հետ վերադարձ Ձեր մատակարարի կողմից լիազորված ծառայության համար այցից **կամ**
- վերցնում եք դեղատոմսով տրված դեղեր և բժշկական պաշարներ:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը թույլ է տալիս օգտագործել մեքենա, տաքսի, ավտոբուս կամ այլ հանրային/մասնավոր միջոց՝ Ձեր մատակարարի կողմից հաստատված ծառայությունները ստանալու համար ժամադրության գնալու նպատակով: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ն օգտագործում է Call the Car-ը NMT կազմակերպելու համար: Մենք ածահովագրում ենք ամենաէժան NMT տեսակը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին:

Երբեմն Ձեզ կարող են փոխհատուցել Ձեր կողմից կազմակերպված մասնավոր փոխադրման ուղևորությունը: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը պետք է հաստատի սա՝ **նախքան** երթևեկելը, և Դուք պետք է մեզ ասեք, թե ինչու չեք կարող երթևեկել այլ ձևով, օրինակ՝ ավտոբուսով: Դուք կարող եք մեզ հայտնել՝ զանգահարելով, կամ էլեկտրոնային նամակ ուղարկելով, կամ անձամբ: **Ձեզ չեն կարող փոխհատուցել գումարը, եթե Դուք եք վարում մեքենան:**

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ուղևորության արժեքը փոխհատուցելու համար պահանջվում են հետևյալ բոլոր
փաստաթղթերը՝

- Վարորդի վարորդական իրավունքը:
- Վարորդի փոխադրամիջոցի գրանցումը:
- Վարորդի համար մեքենայի ապահովագրության վկայագիր:

Լիազորված ծառայություններ ստանալու նպատակով ուղևորություն խնդրելու համար
զանգահարեք Call the Car 1-877-433-2178 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով Ձեր
Ժամադրությունից առնվազն քսանչորս (24) ժամ առաջ: **Հրատապ Ժամադրությունների**
համար զանգահարեք որքան հնարավոր է շուտ: Ձեր Անդամի ID քարտը պատրաստ պահեք,
երբ զանգահարեք: Լրացուցիչ տեղեկությունների դեպքում նույնպես կարող եք զանգահարել:

Նշում. ամերիկացի հնդկացիները կարող են կապ հաստատել իրենց տեղական Հնդկացիների
առողջապահական կլինիկայի հետ՝ ոչ բժշկական փոխադրում խնդրելու համար:

Ոչ բժշկական փոխադրման սահմանափակումներ

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը տրամադրում է ամենաէական NMT-ը, որը բավարարում
է Ձեր կարիքները՝ Ձեր տնից մինչև Ձեզ ամենամոտ գտնվող մատակարարը, որի մոտ
հնարավոր է այց նշանակել: **Դուք չեք կարող ինքներդ մեքենա վարել կամ ստանալ ուղղակի
փոխհատուցում:**

NMT-ը չի կարող կիրառվել, եթե.

Շտապօգնության մեքենա, պատգարակով միկրոավտոբուս, անվասայլակով
միկրոավտոբուս կամ ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրման ուրիշ
տեսակ է անհրաժեշտ ծառայությունը ստանալու համար:

- Ֆիզիկական կամ առողջական խնդրի պատճառով Ձեզ անհրաժեշտ է վարորդի
օգնությունը՝ դեպի տուն, մեքենա կամ բուժման վայր գնալու և վերադառնալու
համար:
- Դուք անվասայլակ եք օգտագործում և ի վիճակի չեք մեքենա նստել և իջնել՝
առանց վարորդի օգնության:
- Ծառայությունը չի ապահովագրվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413
(TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ի. Ապահովագրված ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակում, երբ հրատապ պահանջվում է կամ աղետի ժամանակ

Ի1. Խնամք բժշկական արտակարգ իրավիճակում

Բժշկական արտակարգ իրավիճակը բժշկական վիճակ է, որն ուղեկցվում է այնպիսի ախտանիշներով, ինչպիսիք են հիվանդությունը, ուժեղ ցավը, լուրջ վնասվածքը կամ արագորեն վատթարացող բժշկական վիճակը: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե դրան անմիջապես բժշկական միջամտություն չցուցաբերվի, ապա Դուք կամ առողջապահական և բժշկական միջին մակարդակի գիտելիքներ ունեցող որևէ անձ կարող է ենթադրել, որ այն կարող է առաջացնել՝

- Ձեր կամ Ձեր չծնված երեխայի կյանքին սպառնացող լուրջ վտանգ, **կամ**
- մարմնի գործառույթի կորուստ կամ դրան սպառնացող լուրջ վնաս, **կամ**
- մարմնի որևէ օրգանի կամ մասի գործունեության լուրջ խանգարման, **կամ**
- Հղի կնոջ դեպքում ակտիվ ծննդաբերության ընթացքում, երբ.
 - Մինչև ծննդաբերությունը բավարար ժամանակ չկա, որպեսզի Ձեզ անվտանգ տեղափոխեն մեկ այլ հիվանդանոց:
 - Այլ հիվանդանոց փոխադրումը կարող է Ձեր կամ Ձեր չծնված երեխայի առողջության կամ անվտանգության համար սպառնալիք ներկայացնել:

Եթե ունեք բժշկական արտակարգ իրավիճակ.

- **Օգնություն ստացեք որքան հնարավոր է արագ:** Զանգահարեք 911 կամ օգտվեք մոտակա շտապ օգնության կայան կամ հիվանդանոցից: Անհրաժեշտության դեպքում շտապօգնություն մեքենա կանչեք: Ձեզ **անհրաժեշտ չէ** հաստատում կամ ուղեգիր Ձեր PCP-ից: Դուք պարտավոր չեք օգտվել ցանցի մատակարարից: Դուք կարող եք ստանալ ապահովագրված շտապ բժշկական օգնություն, երբ դրա կարիքն ունեք, U.S.-ում, կամ նրա տարածքներում, կամ ամբողջ աշխարհում ցանկացած վայրում, համապատասխան նահանգային լիցենզիա ունեցող ցանկացած մատակարարից, նույնիսկ եթե նա մեր ցանցի մաս չի կազմում:
- **Որքան հնարավոր է շուտ տեղեկացրեք մեր ծրագրին Ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին:** Մենք հետևում ենք Ձեր շտապ օգնությանը: Մովորաբար 48 ժամվա ընթացքում Դուք կամ մեկ ուրիշը պետք է զանգահարեք՝ մեզ տեղեկացնելու Ձեր շտապ օգնության մասին: Սակայն, Դուք չեք վճարի շտապ օգնության ծառայությունների համար, եթե հետաձգեք մեզ տեղեկացնելը: Զանգահարեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00 խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով (PT), շաբաթը յոթ օր:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ապահովագրված ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակում

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ն ապահովագրում է United States-ից և նրա տարածքներից դուրս ամբողջ աշխարհում մատուցվող շտապ օգնության և հրատապ խնամքի ծառայությունները՝ հետևյալ հանգամանքներում, առանց տարեկան համակցված սահմանաչափի: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս փաստաթղթի **Գլուխ 4-ի Բաժին D-ի** Բժշկական նպաստների աղյուսակը:

Մեր ծրագիրն ընդգրկում է շտապօգնության մեքենայի ծառայություններն այնպիսի իրավիճակներում, երբ շտապ օգնության կայան որևէ այլ կերպ հասնելը կարող է վտանգել Ձեր առողջությունը: Մենք ապահովագրում ենք նաև բժշկական ծառայություններն արտակարգ իրավիճակների ժամանակ: Հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 4-ի* Նպաստների աղյուսակը:

Մատակարարները, ովքեր Ձեզ շտապ օգնություն են ցուցաբերում, որոշում են, թե երբ է Ձեր վիճակը կայուն, և երբ է ավարտվել բժշկական շտապ օգնությունը: Նրանք կշարունակեն Ձեզ բուժել և կկապվեն մեզ հետ՝ ծրագիր կազմելու համար, եթե Դուք հետբուժական խնամքի կարիք ունենաք ապաքինվելու համար:

Մեր ծրագիրն ապահովագրում է Ձեր հետբուժական խնամքը: Եթե Դուք ստանում եք Ձեր շտապ օգնությունը արտացանցային մատակարարներից, մենք կփորձենք այնպես անել, որ ցանցի մատակարարները հնարավորինս շուտ ստանան Ձեր խնամքը:

Շտապ օգնություն ստանալը, եթե դա արտակարգ իրավիճակ չէր

Երբեմն կարող է դժվար լինել հասկանալ, արդյոք Դուք բժշկական կամ վարքագծային առողջության արտակարգ իրավիճակ ունեք: Դուք կարող եք շտապ օգնության դիմել, իսկ բժիշկն ասի, որ դա իրականում արտակարգ դեպք չէր: Քանի դեռ Դուք ողջամտորեն կարծում էիք, որ Ձեր առողջությունը լուրջ վտանգի տակ է, մենք ապահովագրում ենք Ձեր խնամքը:

Սակայն, եթե բժիշկն այնուամենայնիվ ասի, որ դա արտակարգ դեպք չի եղել, մենք ապահովագրում ենք Ձեր լրացուցիչ խնամքը միայն այն դեպքում, եթե՝

- Դուք օգտագործում եք ցանցի մատակարար **կամ**
- Ձեր ստացած լրացուցիչ խնամքը համարվում է «հրատապ անհրաժեշտ խնամք», և Դուք հետևում եք այն ստանալու կանոններին: Տե՛ս հաջորդ բաժինը:

H2. Հրատապ անհրաժեշտ խնամք

Հրատապ անհրաժեշտ խնամքը այն խնամքն է, որը Դուք ստանում եք մի իրավիճակի համար, որն արտակարգ իրավիճակ չէ, բայց անհապաղ խնամքի կարիք ունի: Օրինակ, Դուք կարող եք ունենալ առկա վիճակի սրացում, կամ հանկարծակի հիվանդություն, կամ վնասվածք:



Հրատապ անհրաժեշտ խնամք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքում

Մենք ապահովագրում ենք հրատապ անհրաժեշտ խնամքը միայն այն դեպքերում, եթե՝

- Դուք ստանում եք այս խնամքը ցանցի մատակարարից և

Դուք հետևում եք այս գլխում նկարագրված կանոններին:

Եթե հնարավոր կամ ողջամիտ չէ ցանցի մատակարարին հասնել՝ հաշվի առնելով Ձեր ժամանակը, վայրը կամ հանգամանքները, մենք ապահովագրում ենք հրատապ անհրաժեշտ խնամքը, որը Դուք ստանում եք արտացանցային մատակարարից:

Ձեր բժիշկների խմբին փոխկապակցված՝ հրատապ խնամքի կենտրոնների թարմացված ցանկի համար խնդրում ենք կապվել Ձեր PCP-ի հետ: Դուք կարող եք նաև փնտրել հրատապ խնամքի կենտրոններ Ձեր տարածքում՝ այցելելով blueshieldca.com/find-a-doctor:

Հրատապ անհրաժեշտ խնամք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս

Երբ Դուք գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, հնարավոր է, չկարողանաք օգնություն ստանալ ցանցի մատակարարից: Այդ դեպքում մեր ծրագիրն ապահովագրում է հրատապ անհրաժեշտ խնամքը, որը Դուք ստանում եք ցանկացած մատակարարից: Սակայն բժշկականորեն անհրաժեշտ մատակարարի մոտ ընթացիկ այցերը, ինչպիսիք են տարեկան ստուգումները, հրատապ անհրաժեշտ չեն համարվում, նույնիսկ եթե Դուք գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս կամ մեր ծրագրի ցանցը ժամանակավորապես հասանելի չէ:

Մեր ծրագիրը ներառում է ամբողջ աշխարհում շտապ օգնություն և հրատապ անհրաժեշտ խնամք, ԿԱՄ շտապ օգնություն, ԿԱՄ հրատապ անհրաժեշտ խնամքի ծառայությունները United States-ից և նրա տարածքներից դուրս՝ հետևյալ հանգամանքներում, առանց համակցված տարեկան սահմանաչափի: Հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս *Շտապ օգնությունը* և *Հրատապ անհրաժեշտ խնամքը* Բժշկական նպաստների աղյուսակում՝ **Գլուխ 4, Բաժին D**:

Եթե Դուք հրատապ խնամքի կարիք ունեք, երբ գտնվում եք United States-ից և նրա տարածքներից դուրս, զանգահարեք Blue Shield Global Core Ծառայությունների կենտրոն՝ (800) 810-2583 անվճար հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք (804) 673-1177 հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Արտակարգ իրավիճակում անմիջապես գնացեք մոտակա հիվանդանոց: Դուք նաև պետք է զանգահարեք Ձեր անդամի ID քարտի հետևի մասում գտնվող Հաճախորդների սպասարկման հեռախոսահամարով: Որպես այս ծառայության մաս, ստացիոնար հիվանդանոցային խնամքի համար Դուք կարող եք կապվել Blue Shield Global Core Ծառայությունների կենտրոնի հետ՝ անկանխիկ հասանելիություն կազմակերպելու համար: Եթե Դուք կազմակերպում եք անկանխիկ հասանելիություն, Դուք պատասխանատու եք Ձեր գրպանից վճարվող սովորական ծախսերի համար, ինչպիսիք են չապահովագրվող վճարները և համավճարները: Եթե Դուք չեք կազմակերպում անկանխիկ հասանելիություն, Դուք ստիպված կլինեք վճարել Ձեր բժշկական օգնության ամբողջ հաշիվը և փոխհատուցման խնդրանք ներկայացնել:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ի3. Խնամք աղետի ժամանակ

Եթե California-ի նահանգապետը, U.S. Առողջապահության և մարդու ծառայությունների նախարարը կամ United States-ի նախագահը հայտարարեն աղետ կամ արտակարգ դրություն Ձեր աշխարհագրական տարածքում, Դուք դեռ իրավունք ունեք մեր ծրագրի խնամքից օգտվել:

Հայտարարված աղետի ժամանակ Ձեզ անհրաժեշտ խնամք ստանալու մասին տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ blueshieldca.com/emergencypolicy:

Հայտարարված աղետի ժամանակ, եթե չեք կարող օգտվել ցանցի մատակարարից, կարող եք օգնություն ստանալ արտացանցային մատակարարներից՝ ցանցի ծախսաբաժնի դրույքաչափով: Եթե հայտարարված աղետի ժամանակ չեք կարող օգտագործել ցանցի դեղատոն, կարող եք լրացնել Ձեր դեղերը արտացանցային դեղատանը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը*:

I. Ինչ անել, եթե Ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ են ներկայացնում ապահովագրված ծառայությունների համար

Եթե վճարել եք Ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար, **կամ** Եթե վճարել եք Ձեր ծրագրի ծախսաբաժնից ավել ապահովագրված ծառայությունների համար, կամ եթե ստացել եք ապահովագրված բժշկական ծառայությունների ամբողջական արժեքի հաշիվ, դիմեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 7-ին*՝ պարզելու համար, թե ինչ անել:

Դուք չպետք է վճարեք հաշիվը: Եթե դա անեք, մենք հնարավոր է չկարողանանք Ձեզ փոխհատուցել:

I1. Ինչ անել, եթե մեր ծրագիրը չի ապահովագրում ծառայությունները

Մեր ծրագիրն ապահովագրում է այն բոլոր ծառայությունները՝

- որոնք բժշկականորեն անհրաժեշտ են, և
- որոնք թվարկված են մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակում (ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 4-ը*), և
- որոնք Դուք ստանում եք՝ հետևելով ծրագրի կանոններին:

Եթե Դուք ծառայություններ եք ստանում, որոնք մեր ծրագիրը չի ապահովագրում, **Դուք ինքներդ եք վճարում ամբողջ արժեքը**, եթե այն ապահովագրված չէ մեր ծրագրից դուրս Medi-Cal-ի մեկ այլ ծրագրի կողմից:

Եթե Դուք ցանկանում եք տեղեկանալ, թե արդյոք մենք վճարում ենք որևէ բժշկական ծառայության կամ խնամքի համար, Դուք իրավունք ունեք հարցնելու մեզ: Դուք նաև իրավունք ունեք այդ մասին գրավոր հարցնել: Եթե մենք ասենք, որ չենք վճարելու Ձեր ծառայությունների համար, Դուք իրավունք ունեք բողոքարկել մեր որոշումը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 9-ը** բացատրում է, թե ինչ անել, եթե ցանկանում եք, որ մենք ապահովագրենք բժշկական ծառայությունը կամ պարագան: Այն նաև բացատրում է, թե ինչպես բողոքարկել մեր ապահովագրական որոշումը: Ձանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ Ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Մենք վճարում ենք որոշ ծառայությունների համար մինչև որոշակի սահմանաչափ: Եթե Դուք գերազանցում եք սահմանաչափը, Դուք վճարում եք ամբողջ արժեքն՝ այդ տեսակի ծառայություններից ավելի շատ ստանալու համար: Ուսումնասիրեք **Գլուխ 4-ը**, հատուկ նպաստների սահմանաչափերի համար: Ձանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ պարզելու, թե որոնք են նպաստների սահմանաչափերը և որքան եք օգտագործել Ձեր նպաստները:

J. Առողջական խնամքի ծառայությունների ապահովագրումը կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության ժամանակ

J1. Կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության սահմանում

Կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրությունը (նաև կոչվում է կլինիկական փորձարկում) եղանակ է, որով բժիշկները փորձարկում են առողջության խնամքի կամ դեղերի նոր տեսակներ: Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրությունը սովորաբար խնդրում է, որ կամավորներ լինեն հետազոտության մեջ: Երբ Դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության, Դուք կարող եք գրանցված մնալ մեր ծրագրում և շարունակել ստանալ Ձեր խնամքի մնացած մասը (խնամք, որը կապված չէ ուսումնասիրության հետ) մեր ծրագրի միջոցով:

Եթե Դուք ցանկանում եք մասնակցել Medicare-ի կողմից հաստատված որևէ կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության, Ձեզ անհրաժեշտ չէ մեզ տեղեկացնել կամ հաստատում ստանալ մեզանից կամ Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարից, սակայն մենք խրախուսում ենք Ձեզ տեղեկացնել մեզ կամ Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարին: Մատակարարները, որոնք Ձեզ խնամք են տրամադրում որպես ուսումնասիրության մաս, պարտադիր չէ, որ լինեն ցանցի մատակարարներ: Սա չի տարածվում այն ապահովագրված նպաստների վրա, որոնք պահանջում են կլինիկական փորձարկում կամ գրանցամատյան՝ նպաստը գնահատելու համար, ներառյալ որոշ նպաստներ, որոնք պահանջում են ապահովագրություն՝ ապացույցների զարգացմամբ (NCDs-CED) և հետազոտական սարքերի հրաժարմամբ (IDE) ուսումնասիրություններով: Այս նպաստների համար կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և ծրագրի այլ կանոնների պահպանում:

Եթե Դուք նախատեսում եք մասնակցել Original Medicare-ի կողմից անդամագրվածների համար նախատեսված կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության, մենք Ձեզ կամ Ձեր խնամքի համակարգողին խրախուսում ենք կապվել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ մեզ տեղեկացնելու համար, որ մասնակցելու եք կլինիկական փորձարկմանը:

J2. Ծառայությունների վճարում, երբ Դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության

Եթե Դուք կամավոր մասնակցում եք կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության, որը Medicare-ը հաստատում է, Դուք ոչինչ չեք վճարում ուսումնասիրության ներքո ապահովագրված ծառայությունների համար: Medicare-ը վճարում է ուսումնասիրության շրջանակներում ապահովագրված ծառայությունների, ինչպես նաև Ձեր խնամքի հետ կապված ընթացիկ ծախսերի համար: Երբ Դուք միանում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրությանը, Դուք ապահովագրված եք ծառայությունների և պարագաների մեծ մասի համար, որոնք ստանում եք որպես ուսումնասիրության մի մաս: Սրանք ընդգրկում են՝

- սենյակ և սնունդ հիվանդանոցում մնալու համար, որոնց համար Medicare-ը կվճարեր, նույնիսկ եթե Դուք ուսումնասիրության մեջ չլինեիք
- վիրահատություն կամ այլ բժշկական բուժակարգ, որը հետազոտական ուսումնասիրության մաս է
- նոր բուժումից առաջացած ցանկացած կողմնակի ազդեցության և բարդության բուժում

Եթե Դուք մասնակցում եք ուսումնասիրության, որը Medicare-ը չի հաստատել, Դուք վճարում եք ուսումնասիրությանը մասնակցելու համար ցանկացած ծախս:

J3. Հավելյալ տեղեկություններ կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրությունների մասին

Դուք կարող եք հավելյալ տեղեկություններ ստանալ կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրությանը մասնակցելու մասին՝ կարդալով «Medicare և կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրություններ» (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies) կայքում: Կարող եք նաև զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

K. Ինչպես են ապահովագրվում Ձեր առողջական խնամքի ծառայությունները կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում

K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատության սահմանում

Կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունն այն վայրն է, որը տրամադրում է խնամք, որը Դուք սովորաբար կստանաք հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում: Եթե հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում խնամք ստանալը հակասում է Ձեր կրոնական համոզմունքներին, մենք ապահովագրում ենք խնամքը կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում:

Այս նպաստը նախատեսված է միայն Medicare Մաս A-ի ստացիոնար ծառայությունների համար (ոչ բժշկական առողջական խնամքի ծառայություններ):

K2. Խնամք կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունից

Կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունից խնամք ստանալու համար Դուք պետք է ստորագրեք իրավական փաստաթուղթ, որտեղ ասվում է, որ Դուք դեմ եք «ոչ պարտադիր» բժշկական օգնություն ստանալուն:

- «Ոչ պարտադիր» բժշկական բուժումը ցանկացած խնամք կամ բուժում է, որը **կամավոր է և չի պահանջվում** դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենքով:
- «Պարտադիր» բժշկական բուժումը ցանկացած խնամք կամ բուժում է, որը **կամավոր չէ և պահանջվում է** դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենքով:

Մեր ծրագրով ապահովագրվելու համար կրոնական ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունից ստացված խնամքը պետք է համապատասխանի հետևյալ պայմաններին.

- Խնամք տրամադրող հաստատությունը պետք է վավերացված լինի Medicare-ի կողմից:
- Մեր ծրագիրն ընդգրկում է միայն խնամքի ոչ կրոնական ասպեկտները:
- Եթե Դուք այս հաստատությունից ծառայություններ եք ստանում, որոնք Ձեզ տրամադրվում են հաստատությունում.
 - Դուք պետք է ունենաք այնպիսի բժշկական վիճակ, որը թույլ կտա Ձեզ ստանալ ապահովագրված ծառայություններ ստացիոնար հիվանդանոցային խնամքի կամ հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի համար:
 - Դուք պետք է մեզանից հաստատում ստանաք նախքան հաստատություն ընդունվելը, հակառակ դեպքում Ձեր այնտեղ մնալը **չի** ապահովագրվի:

Հիվանդանոցում յուրաքանչյուր անգամ գտնվելու համար ապահովագրված օրերի քանակի սահմանափակում չկա: Հավելյալ տեղեկությունների համար տե՛ս **Գլուխ 4-ի Բաժին D-ի** Նպաստների աղյուսակը:

L. Տեսական օգտագործման բժշկական սարքեր (DME)

L1. DME ստանալը՝ որպես մեր ծրագրի անդամ

DME-ն ներառում է մատակարարի կողմից պատվիրված որոշ բժշկականորեն անհրաժեշտ պարագաներ, ինչպիսիք են անվասայլակները, հենակները, էլեկտրական ներքնակների համակարգերը, շաքարախտի պարագաները, մատակարարի կողմից պատվիրված հիվանդանոցային մահճակալները տանը օգտագործելու համար, ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր, խոսք առաջացնող սարքեր, թթվածնի սարքավորումներ և պարագաներ, հեղուկացրիչներ և քայլակներ:

Medi-Cal-ն ապահովագրում է տանը և դրսում օգտագործումը (օրինակ՝ շարժական սարքեր, որոնք ապահովագրված են Medi-Cal-ի ներքո՝ համայնքում օգտագործման համար): Medicare-ը՝ երկու ծրագրերին մասնակցելու իրավունք ունեցող անձանց հիմնական վճարողը, սահմանափակում է DME ապահովագրությունը միայն տնային օգտագործման համար անհրաժեշտ սարքավորումներով: Medi-Cal-ն ընդգրկում է որոշ DME-ներ, որոնք անհրաժեշտ են ինչպես տանը, այնպես էլ համայնքում օգտագործելու համար: Որպես այս DSNP-ի անդամ՝ անդամներն իրավունք ունեն ստանալ DME-ի ապահովագրության ողջ շրջանակը՝ և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի չափանիշների ներքո:

Դուք սեփականության տակ ունեք որոշ DME պարագաներ, ինչպիսիք են պրոթեզները:

DME-ի այլ տեսակներ Դուք պետք է վարձակալեք: Որպես մեր ծրագրի անդամ, Դուք սովորաբար **չեք կարող** սեփականացնել վարձակալված DME պարագան, անկախ նրանից, թե որքան ժամանակ եք այն վարձակալում:

Որոշ իրավիճակներում մենք Ձեզ ենք փոխանցում DME պարագայի սեփականությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

Նույնիսկ եթե Դուք օգտագործել եք DME-ն մինչև 12 ամիս անընդմեջ Medicare-ի ներքո՝ նախքան մեր ծրագրին միանալը, Դուք **չեք** լինի սարքավորման սեփականատերը:

L2. DME-ի սեփականությունը, եթե անցնեք Original Medicare-ին

Original Medicare ծրագրում մարդիկ, ովքեր վարձակալում են DME-ի որոշակի տեսակներ, դրա սեփականատերն են դառնում 13 ամիս հետո: Medicare Advantage (MA) ծրագրում ծրագիրը կարող է սահմանել այն ամիսների քանակը, որոնց մարդիկ պետք է վարձակալեն DME-ի որոշակի տեսակներ՝ նախքան այն ունենալը:

Որպես Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի անդամ, Դուք ստիպված չեք լինի վճարել ապահովագրված DME-ի համար, քանի դեռ դա բժշկականորեն անհրաժեշտ է և հաստատված է Ձեր բժշկի կողմից: Դուք սովորաբար չեք ձեռք բերի վարձակալված DME պարագաների սեփականության իրավունք, անկախ նրանից, թե քանի համավճար եք



կատարում ապրանքի համար, մինչև մեր ծրագրի անդամ էք, նույնիսկ եթե Դուք կատարել եք DME ապրանքի համար մինչև 12 անընդմեջ վճարում Original Medicare-ի ներքո՝ նախքան մեր ծրագրին միանալը: Որոշակի սահմանափակ հանգամանքներում մենք Ձեզ կփոխանցենք DME պարագայի սեփականությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Նշում. Դուք կարող եք գտնել Original Medicare-ի և MA ծրագրերի սահմանումները Գլուխ 12-ում: Դրանց մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել նաև «*Medicare-ը և Դուք, 2026*» տեղեկագրքում: Եթե չունեք այս գրքուկի օրինակը, կարող եք գտնել այն Medicare-ի կայքում (www.medicare.gov/medicare-and-you) կամ զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

Եթե Դուք այլևս Medi-Cal չունեք, Դուք պետք է կատարեք 13 անընդմեջ վճարում Original Medicare-ի ներքո, կամ պետք է կատարեք MA ծրագրով սահմանված անընդմեջ վճարումները, որպեսզի դառնաք DME պարագայի սեփականատեր, եթե.

- Դուք չեք դարձել DME պարագայի սեփականատեր, մինչև մեր ծրագրում էիք, և
- Դուք դուրս եք գալիս մեր ծրագրից և ստանում եք Ձեր Medicare-ի նպաստները առողջապահական որևէ ծրագրից դուրս Original Medicare ծրագրում կամ MA ծրագրում:

Եթե Դուք վճարումներ եք կատարել DME պարագայի համար Original Medicare-ի կամ MA ծրագրի շրջանակներում՝ նախքան մեր ծրագրին միանալը, **Original Medicare-ի կամ MA ծրագրի այդ վճարումները չեն մտնում այն վճարումների մեջ, որոնք Դուք պետք է կատարեք մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո:**

- Դուք ստիպված կլինեք կատարել 13 նոր վճարում Original Medicare-ի շրջանակներում կամ MA ծրագրի կողմից սահմանված մի շարք նոր անընդմեջ վճարումներ՝ DME սարքավորման սեփականատեր դառնալու համար:
- Սրանից բացառություններ չկան, երբ վերադառնում եք Original Medicare կամ MA ծրագիր:

L3. Թթվածնային սարքավորման նպաստներ՝ որպես մեր ծրագրի անդամ

Եթե Դուք որակավորվում եք Medicare-ի կողմից ապահովագրված թթվածնային սարքավորում ստանալու համար, մենք ապահովագրում ենք

- թթվածնային սարքավորման վարձակալություն
- թթվածնի և թթվածնի պարունակության մատակարարում
- խողովակներ և հարակից պարագաներ թթվածնի և թթվածնի պարունակության մատակարարման համար
- թթվածնային սարքավորումների սպասարկում և վերանորոգում

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Թթվածնային սարքավորումը պետք է վերադարձվի, երբ այն այլևս Ձեզ բժշկականորեն անհրաժեշտ չէ, կամ եթե Դուք լքեք մեր ծրագիրը:

L4. Թթվածնային սարքավորում, երբ Դուք անցնում եք Original Medicare կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ այլ ծրագրի

Երբ թթվածնային սարքավորումը բժշկականորեն անհրաժեշտ է, և **Դուք դուրս եք գալիս մեր ծրագրից և անցնում Original Medicare-ի**, Դուք այն վարձակալում եք մատակարարից 36 ամսով: Ձեր ամսական վարձավճարները ծածկում են թթվածնային սարքավորումը և վերը թվարկված պաշարներն ու ծառայությունները: Medicare-ը և Medi-Cal-ն ապահովագրում են այս վճարումները, եթե Դուք դեռ գրանցված եք Medicare-ում և Medi-Cal-ում:

Եթե թթվածնային սարքավորումը բժշկականորեն անհրաժեշտ է **այն 36 ամսով վարձակալելուց հետո**, Ձեր մատակարարը պետք է տրամադրի՝

- թթվածնային սարքավորում, պաշարներ և ծառայություններ ևս 24 ամսով
- բշկական անհրաժեշտության դեպքում թթվածնային սարքավորում և աշարներ մինչև հինգ տարի ժամկետով

Եթե թթվածնային սարքավորումը դեռ բժշկականորեն անհրաժեշտ է **հինգ տարվա վերջում**.

- Ձեր մատակարարն այլևս ստիպված չէ տրամադրել այն, և Դուք կարող եք ընտրել փոխարինող սարքավորում գնել ցանկացած մատակարարից:
- Սկսվում է նոր հինգ տարվա շրջան:
- Դուք վարձակալում եք մատակարարից 36 ամսով:
- Այնուհետև Ձեր մատակարարը տրամադրում է թթվածնային սարքավորումը, պաշարները և ծառայությունները ևս 24 ամսով:
- Նոր ցիկլը սկսվում է յուրաքանչյուր հինգ տարին մեկ, քանի դեռ թթվածնային սարքավորումը բժշկականորեն անհրաժեշտ է:

Երբ թթվածնային սարքավորումը բժշկականորեն անհրաժեշտ է, իսկ **Դուք դուրս եք գալիս մեր ծրագրից և անցնում մեկ այլ MA ծրագրի**, ծրագիրը կապահովագրի առնվազն այն, ինչն ապահովագրում է Original Medicare-ը: Դուք կարող եք Ձեր նոր MA ծրագրից հարցնել, թե ինչ թթվածնային սարքավորում և պաշարներ են այն ապահովագրում, և որքան կլինեն Ձեր ծախսերը:



Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ

Ներածություն

Այս գլուխը պատմում է Ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնք ապահովագրում է մեր ծրագիրը, և այդ ծառայությունների ցանկացած սահմանափակման մասին, և թե որքան էք Դուք վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: Այն նաև պատմում է այն նպաստների մասին, որոնք ապահովագրված չեն մեր ծրագրի շրջանակներում: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի նոր անդամներ. Հիմնական դեպքերում Դուք կանդամագրվեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan -ում Ձեր Medicare-ի նպաստների համար՝ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում անդամագրվելու հայտ ներկայացնելուց հետո ընկած ամսվա 1-ին օրը: Դուք դեռ կարող եք ևս մեկ ամիս ստանալ Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Ձեր նախկին Medi-Cal առողջապահական ծրագրից: Դրանից հետո Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal ծառայությունները Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի միջոցով: Ձեր Medi-Cal ապահովագրությունում ոչ մի բաց չի լինի: Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել մեզ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով:

Բովանդակություն

A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունները և Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը	89
B. Կանոններ, որոնք արգելում են մատակարարներին Ձեզանից գումար գանձել ծառայությունների համար	89
C. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակի մասին	89
D. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակը	97
F. Համայնքի աջակցություն	182
G. Նպաստներ, որոնք ապահովագրվում են մեր ծրագրից դուրս	185
G1. California-ի Համայնքային անցումներ (CCT)	185
G2. Medi-Cal Dental	186
G3. Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS)	187
G4. 1915(c) Տնային և համայնքահեն ծառայություններից (HCBS) հրաժարման ծրագրեր Աջակցվող բնակության ծրագրի հրաժարում (ALW)	187
G5. Վարքագծային առողջության վարչաշրջանային ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր ծրագրից դուրս (Հոգեկան առողջության և Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման ծառայություններ)	191
H. Նպաստներ, որոնք չեն ապահովագրվում մեր ծրագրի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից	195



A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունները և Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը

Այս գլուխը պատմում է Ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնք ապահովագրում է մեր ծրագիրը, և թե որքան եք վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: Դուք կարող եք նաև տեղեկանալ այն ծառայությունների մասին, որոնք ապահովագրված չեն: Դեղերի նպաստների մասին տեղեկությունները ներկայացված են այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 5-ում**: Այս գլուխը բացատրում է նաև որոշ ծառայությունների սահմանափակումները:

Որոշ ծառայությունների համար Ձեզանից գանձվում է գրպանից վճարվող գումար, որը կոչվում է համավճար: Սա ֆիքսված գումար է (օրինակ՝ \$5), որը Դուք վճարում եք ամեն անգամ, երբ ստանում եք այդ ծառայությունը: Դուք վճարում եք համավճարը բժշկական ծառայություն ստանալու պահին:

Քանի որ Դուք օգնություն եք ստանում Medi-Cal-ից, Դուք ոչինչ չեք վճարում Ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար, քանի դեռ հետևում եք մեր ծրագրի կանոններին: Մեր ծրագրի կանոնների մասին մանրամասների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 3-ը**:

Եթե օգնության կարիք ունեք՝ հասկանալու, թե որ ծառայություններն են ապահովագրված, զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին և/կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711):

B. Կանոններ, որոնք արգելում են մատակարարներին Ձեզանից գումար գանձել ծառայությունների համար

Մենք թույլ չենք տալիս մեր մատակարարներին Ձեզ հաշիվ ներկայացնել ցանցի ապահովագրված ծառայությունների համար: Մենք ուղղակիորեն վճարում ենք մեր մատակարարներին և պաշտպանում ենք Ձեզ ցանկացած վճարից: Սա ճշմարիտ է, նույնիսկ եթե մենք մատակարարին վճարում ենք ավելի քիչ, քան մատակարարի հաշիվը ծառայության համար:

Դուք երբեք չպետք է հաշիվ ստանաք մատակարարից ապահովագրված ծառայությունների համար: Եթե ստանաք այն, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 7-ը** կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

C. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակի մասին

Նպաստների աղյուսակը պատմում է Ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը և այն մասին, թե ինչ եք Ձեր գրպանից վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: (Դեղերի ապահովագրությունը գտնվում է **Գլուխ 5-ում**): Այն այբբենական կարգով թվարկում է ապահովագրված ծառայությունները և բացատրում դրանք:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Մենք վճարում ենք Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար, երբ պահպանվում են հետևյալ կանոնները: Դուք որևէ բան չեք վճարում Նպաստների աղյուսակում թվարկված ծառայությունների համար, քանի դեռ համապատասխանում եք ստորև նկարագրված պահանջներին:

- Մենք տրամադրում ենք Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայություններ՝ համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից սահմանված կանոնների:
- Ծառայությունները՝ ներառյալ բժշկական խնամքը, վարքագծային առողջության և թմրանյութերի օգտագործման ծառայությունները, երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, պարագաները, սարքավորումները և դեղերը, պետք է լինեն «բժշկականորեն անհրաժեշտ»:
Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ նկարագրում է ծառայությունները, պարագաները կամ դեղերը, որոնք անհրաժեշտ են՝ կանխարգելելու, ախտորոշելու, բուժելու կամ Ձեր ընթացիկ առողջական վիճակը պահպանելու համար: Սա ներառում է խնամք, որը Ձեզ հետ է պահում հիվանդանոց կամ ծերանոց գնալուց: Դա նաև նշանակում է, որ ծառայությունները, պարագաները կամ դեղերը համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված չափանիշներին: Ծառայությունը բժշկականորեն անհրաժեշտ է, երբ այն հիմնավորված և անհրաժեշտ է կյանքը պաշտպանելու, կարևոր հիվանդությունները կամ կարևոր հաշմանդամությունը կանխելու կամ ծանր ցավը մեղմելու համար:
- Նոր անդամագրվածների դեպքում առաջին 90 օրվա ընթացքում մենք կարող ենք չպահանջել, որ Դուք նախնական հաստատում ստանաք բուժման որևէ ակտիվ ընթացքի համար, նույնիսկ եթե բուժման ընթացքը սկսվել է արտացանցային մատակարարի մոտ:
- Դուք ստանում եք Ձեր խնամքը ցանցի մատակարարից: Ցանցի մատակարարն այն մատակարարն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Շատ դեպքերում այն խնամքը, որը Դուք ստանում եք արտացանցային մատակարարից, չի ապահովագրվի, եթե դա արտակարգ կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամք չէ, կամ եթե մեր ծրագիրը կամ ցանցի մատակարարը Ձեզ ուղեգիր չեն տրամադրել: Սա նշանակում է, որ Ձեզ կարող է անհրաժեշտ լինել ամբողջությամբ վճարել մատակարարին՝ Ձեր ստացած արտացանցային ծառայությունների համար: Այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 3-ը* լրացուցիչ տեղեկություններ է պարունակում ցանցի և արտացանցային գործող մատակարարներից օգտվելու մասին:
- Դուք ունեք առաջնային խնամքի մատակարար (PCP) կամ խնամքի թիմ, որը տրամադրում և ղեկավարում է Ձեր խնամքը: Շատ դեպքերում Ձեր PCP-ն պետք է Ձեզ հաստատում տա մինչև կարող եք օգտվել այն մատակարարից,



որը Ձեր PCP-ն չէ, կամ մինչև մեր ծրագրի ցանցի այլ մատակարարներից օգտվելը: Սա կոչվում է ուղեգիր: Այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 3-ը* լրացուցիչ տեղեկություններ է պարունակում ուղեգիր ստանալու մասին, ինչպես նաև այն դեպքերի մասին, երբ դրա կարիքը **չունեք**:

- Մենք ապահովագրում ենք Նպաստների աղյուսակում թվարկված որոշ ծառայություններ միայն այն դեպքում, եթե Ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ մատակարար նախ ստանում է մեր հաստատումը: Սա կոչվում է «նախօրոք լիազորում» (PA): Այն ապահովագրված ծառայությունները, որոնց համար անհրաժեշտ է PA, Նպաստների աղյուսակում նշվում են շեղ տառատեսակով:
- Եթե մեր ծրագիրը տրամադրում է PA-ի հայտի հաստատում բուժման ընթացքի համար, ապա հաստատումը պետք է վավեր լինի այնքան ժամանակ, որքան բժշկական տեսանկյունից ողջամիտ է և անհրաժեշտ՝ խուսափելու համար խնամքի խափանումներից, և հիմնված է ապահովագրության չափանիշների, Ձեր բժշկական պատմության և բուժող մատակարարի առաջարկությունների վրա:
- Ինչպես Medicare-ի բոլոր առողջապահական ծրագրերը, մենք ապահովագրում ենք այն ամենը, ինչն ապահովագրում է Original Medicare-ը: (Original Medicare-ի ապահովագրության և ծախսերի մասին ավելին իմանալու համար տեսեք Ձեր «*Medicare և Դուք, 2027*» տեղեկագիրքը: Դիտեք այն առցանց՝ www.Medicare.gov կայքում, կամ խնդրեք պատճենը՝ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048):
- Եթե Medicare-ը 2027 թվականի ընթացքում ապահովագրություն է ավելացնում որևէ նոր ծառայությունների համար, կա՛մ Medicare-ը, կա՛մ մեր ծրագիրը կապահովագրեն այդ ծառայությունները:
- Եթե Դուք կորցնեք Ձեր Medi-Cal-ը 6 ամսվա ընթացքում և շարունակեք իրավունակ լինել, մենք կշարունակենք տրամադրել Medicare Advantage ծրագրով ապահովագրված Medicare-ի բոլոր նպաստները: Սակայն, Ձեր Medi-Cal ապահովագրությունը կարող է ավելի շուտ ավարտվել, քան Ձեր Medicare-ի ապահովագրությունը մեզ հետ: Երբ Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրությունն ավարտվի, մենք չենք վճարի Ձեր Medi-Cal-ի նպաստների համար: Սա նաև նշանակում է, որ Ձեր գրպանից արվող ծախսերը, ինչպիսիք են համավճարները, ապահովագները, չհատուցվող գումարները, ավելի շատ արժեն այն ամիսների ընթացքում, երբ Դուք կորցրել եք Medi-Cal ապահովագրությունը: Հավելյալ տեղեկություններ ստանալու և Medi-Cal-ին իրավունակության թարմացման հարցում օգնություն ստանալու համար դիմեք Blue Shield Duals-ի Պահպանման թիմին՝ (844) 378-4181 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Մենք կօգնենք Ձեզ վերականգնել Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը: Եթե Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը վերականգնվի, մինչ Դուք դեռ անդամագրված լինեք մեզ մոտ Ձեր Medicare ապահովագրության համար, մենք կվերանայենք Ձեր Medi-Cal-ի նպաստների վճարումը, և մեզ մոտ Ձեր անդամագրումը կշարունակվի: Եթե Դուք վերականգնեք Medi-Cal-ի իրավասությունը այն բանից հետո, երբ մենք Ձեզ ապանդամագրենք մեր Medicare ապահովագրությունից, Դուք պետք է կապվեք մեզ հետ՝ ծրագրում անդամագրվելու համար:

Որոշ քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անդամների համար նախատեսված նպաստների մասին կարևոր տեղեկություններ:

Եթե ունեք ստորև թվարկված քրոնիկ հիվանդություն(ներ)ից որևէ մեկը և համապատասխանում եք որոշակի բժշկական չափանիշների, կարող եք նաև իրավունակ լինել Սննդի և թարմ մթերքների նպաստ ստանալու համար: Սննդի և թարմ մթերքների նպաստը Հատուկ լրացուցիչ նպաստ է քրոնիկ հիվանդությունների համար (SSBCI): Ծրագրի ոչ բոլոր անդամները կարող են որակավորվել: Իրավասությունը կախված է «քրոնիկ հիվանդ մասնակից» սահմանմանը բավարարելուց, և ստորև նշված՝ ծրագրի համապատասխան քրոնիկ հիվանդություններից առնվազն մեկն ունենալուց՝

- Ալկոհոլի օգտագործման քրոնիկ խանգարում և թմրանյութերի օգտագործման այլ խանգարումներ (SUD)
- Աուտոիմուն խանգարումներ՝
 - Հանգուցային պոլիարտերիտ
 - Ռևմատիկ պոլիմիալգիա
 - Պոլիմիոզիտ
 - Դերմատոմիոզիտ
 - Ռևմատոիդ արթրիտ
 - Համակարգային կարմիր գայլախտ
 - Պսորիատիկ արթրիտ
 - Սկլերոդերմա
- Քաղցկեղ
- Սրտանոթային խանգարումներ՝
 - Սրտի առիթմիաներ
 - Կորոնար զարկերակի հիվանդություն
 - Պերիֆերիկ անոթային հիվանդություն
 - Սրտի փականի հիվանդություն



- Սրտի քրոնիկ անբավարարություն
- Դեմենցիա
- Շաքարային դիաբետ
- Ավելորդ քաշ, գիրություն և մետաբոլիկ համախտանիշ
- Քրոնիկ ստամոքս-աղիքային հիվանդություն՝
 - Լյարդի քրոնիկ հիվանդություն
 - Լյարդի ոչ ալկոհոլային ճարպային հիվանդություն (NAFLD)
 - Հեպատիտ B
 - Հեպատիտ C
 - Պանկրեատիտ
 - Գրգռված աղիքների համախտանիշ
 - Աղիքների բորբոքային հիվանդություն
- Երիկամների քրոնիկ հիվանդություն (CKD)՝
 - CKD, որը պահանջում է դիալիզ/Երիկամային հիվանդության վերջնական փուլ (ESRD)
 - CKD, որը դիալիզ չի պահանջում
- Լուրջ հեմատոլոգիական խանգարումներ՝
 - Ապլաստիկ սակավարյունություն
 - Արյունահոսականություն
 - Իմունային թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա
 - Միելոդիսպլաստիկ համախտանիշ
 - Մանգաղաբջջային հիվանդություն (բացառությամբ մանգաղ-բջջային հասկանիշի)
 - Քրոնիկ երակային թրոմբոէմբոլիկ խանգարում
- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ (HIV/AIDS)
- Թոքերի քրոնիկ խանգարումներ՝
 - Ասթմա, քրոնիկ բրոնխիտ
 - Ցիստիկ ֆիբրոզ
 - Էմֆիզեմա
 - Թոքերի ֆիբրոզ



- Թոքերի հիպերտոնիա
- Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն (COPD)
- Հոգեկան առողջության քրոնիկ և հաշմանդամություն առաջացնող հիվանդություններ
 - Երկբևեռ խանգարումներ
 - Լուրջ դեպրեսիվ խանգարումներ
 - Պարանոիդ խանգարում
 - Շիզոֆրենիա
 - Շիզոաֆեկտիվ խանգարում
 - Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում (PTSD)
 - Սննդային վարքագծի խանգարումներ
 - Տագնապային խանգարումներ
- Նյարդաբանական խանգարումներ
 - Կողմնային ամիոտրոֆիկ սկլերոզ (ALS)
 - Էպիլեպսիա
 - Ընդարձակ պարալիչ (այսինքն՝ հեմիպլեգիա, տետրապլեգիա, պարապլեգիա, մոնոպլեգիա)
 - Հանտինգտոնի հիվանդություն
 - Բազմակի սկլերոզ
 - Պարկինսոնի հիվանդություն
 - Պոլիներոքալաթիա
 - Ֆիբրոմիալգիա
 - Քրոնիկ հոգնածության համախտանիշ
 - Ողնաշարի վնասվածքներ
 - Ողնաշարի ստենոզ
 - Կաթվածի հետ կապված նյարդաբանական դեֆիցիտ
- Ուղեղի կաթված
- Օրգանի փոխպատվաստմանը հաջորդող խնամք
- Իմունային անբավարարություն և իմունոսուպրեսիվ խանգարումներ

- Ճանաչողական խանգարման հետ կապված հիվանդություններ՝
 - Ալցհեյմերի հիվանդություն
 - Մտավոր հաշմանդամություն և զարգացման հաշմանդամություն
 - Ուղեղի տրավմատիկ վնասվածքներ
 - Ճանաչողական խանգարման հետ կապված հոգեկան հիվանդության խանգարում
 - Երեխաների ճանաչողական խանգարում
- Ֆունկցիոնալ խնդիրների հետ կապված հիվանդություններ, որոնք պահանջում են նմանատիպ ծառայություններ, ներառյալ՝
 - Ողնաշարի վնասվածքներ
 - Պարալիչ
 - Վերջույթի կորուստ
 - Ուղեղի կաթված
 - Արթրիտ
- Քրոնիկ հիվանդություններ, որոնք ազդում են տեսողության, լսողության (խլություն), համի, շոշափելիքի և հոտի վրա
- Հիվանդություններ, որոնք պահանջում են շարունակական թերապիայի ծառայություններ՝ շարժունակությունը պահպանելու կամ վերականգնելու նպատակով
 - Այս ծրագիրը կպարզի, թե արդյոք Դուք կարող եք ստանալ Մենդի և Թարմ մթերքների նպաստն՝ օգտագործելով Ձեր բժշկից ստացված տեղեկությունները կամ կապվելով Ձեր բժշկի հետ, որպեսզի նա տրամադրի համապատասխանող քրոնիկ հիվանդության (հիվանդությունների) մասին ստորագրված հայտարարություն:
 - Եթե որոշվի, որ Դուք իրավունակ եք, ուսումնասիրեք Անդամների ուղեցույցը, որը ստացել եք փոստով Ձեր Flex քարտի հետ միասին: Flex քարտը ծախսման քարտ է, որն ունի համապատասխան նպաստներ, որոնք նախապես բեռնված են քարտի վրա, որպեսզի օգնեն վճարել ապահովագրված նպաստների համար: Ձեր Անդամների ուղեցույցը նկարագրելու է հասանելի նպաստները, որոնք նախապես բեռնված են Ձեր Flex քարտի վրա, ինչպես նաև որտեղ գտնել լրացուցիչ մանրամասներ Ձեր ապահովագրված նպաստների և Ձեր հաշվի կառավարման մասին
 - Այս նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-877-429-3245 [TTY՝ 711] հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով (PT), երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ մանրամասների համար կարող եք նաև առցանց այցելել bscaflexbenefits.com կայքը:



- Լրացուցիչ մանրամասների համար անցեք Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդների համար, որոնք առկա են ստորև բերված Նպաստների աղյուսակում:
- Կապվեք մեզ հետ՝ պարզելու, թե կոնկրետ որ նպաստներին կարող եք իրավունակ լինել:

Բոլոր կանխարգելիչ ծառայություններն անվճար են: Խնձորի պատկերակը  ցուցադրում է կանխարգելիչ ծառայությունները Նպաստների աղյուսակում:

D. Մեր ծրագրի Նպաստների աղյուսակը

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Medicare Մաս B դեղեր Այս դեղերն ապահովագրված են Medicare Մաս B-ի ներքո: Մեր ծրագիրը վճարում է հետևյալ դեղերի համար. - դեղեր, որոնք սովորաբար ինքներդ չեք ընդունում և ներարկում կամ սրսկում, մինչ Դուք ստանում եք բժշկի, հիվանդանոցի ամբուլատոր կամ ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոնի ծառայություններ - ինսուլին, որը ներարկվում է տևական օգտագործման բժշկական սարքերի միջոցով (օրինակ՝ բժշկականորեն անհրաժեշտ ինսուլինի պոմպը) - այլ դեղեր, որոնք Դուք ընդունում եք՝ օգտագործելով տևական օգտագործման բժշկական սարքերը (օրինակ՝ հեղուկացրիչները), որոնք թույլատրել է մեր ծրագիրը - Ալցիեյմերի հիվանդության դեղը՝ Leqembi®-ն (զեներիկ lecanemab), որը տրվում է ներերակային (IV) ճանապարհով Բացի դեղերի ծախսերից, բուժման ընթացքում Ձեզ կարող են անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ գնումներ և թեստեր: Խոսեք Ձեր բժշկի հետ, թե ինչ գնումներ և թեստեր կարող են Ձեզ անհրաժեշտ լինել որպես Ձեր բուժման մի մաս: - մակարդման գործոններ, որոնք Դուք ինքներդ Ձեզ տալիս եք ներարկման միջոցով, եթե ունեք հեմոֆիլիա - փոխպատվաստում/իմունոսուպրեսիվ դեղամիջոցներ. Medicare-ն ապահովագրում է փոխպատվաստման դեղորայքային թերապիան, եթե Medicare-ը վճարել է Ձեր օրգանի փոխպատվաստման համար: Դուք պետք է ունենաք Մաս A՝ ապահովագրված փոխպատվաստման պահին, և Մաս B՝ իմունոսուպրեսիվ դեղամիջոցներ ստանալու պահին: Medicare Մաս D-ն ապահովագրում է իմունոսուպրեսիվ դեղամիջոցներն այն դեպքում, եթե Մաս B-ն չի ապահովագրում դրանք Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Medicare Մաս B դեղեր (շարունակություն) • օստեոպորոզի դեղամիջոցներ, որոնք ներարկվում են: Մենք վճարում ենք այս դեղերի համար, եթե Դուք ստիպված եք տանը մնալ, ունեք ոսկրերի կոտրվածք, որը, ինչպես հաստատում է բժիշկը, կապված է հետադաշտանադադարի օստեոպորոզի հետ, և չեք կարող ինքներդ ներարկել դեղը: • որոշ հակազեններ. Medicare-ն ապահովագրում է հակազենները, եթե բժիշկը դրանք պատրաստում է, իսկ պատշաճ կերպով հրահանգավորված անձը (որը կարող է լինել Դուք՝ հիվանդը) դրանք տալիս է համապատասխան հսկողության ներքո • խմելու միջոցով ընդունվող որոշ հակաքաղցկեղային դեղեր. Medicare-ը ներառում է խմելու միջոցով ընդունվող որոշ հակաքաղցկեղային դեղեր, եթե նույն դեղը հասանելի է ներարկվող տարբերակով, կամ դեղը պրո-դեղամիջոց է (դեղամիջոցի խմելու միջոցով ընդունվող ձև, որը կուլ տալուց հետո բաժանվում է նույն ակտիվ բաղադրիչների, ինչպես ներարկման դեպքում): Երբ խմելու տարբերակով ընդունվող քաղցկեղի նոր դեղերը հասանելի են դառնում, Մաս B-ն կարող է ապահովագրել դրանք: Եթե Մաս B-ն չի ապահովագրում դրանք, Մաս D-ն է դա անում • խմելու միջոցով ընդունվող սրտխառնոցը կանխող դեղեր. Medicare-ը ներառում է խմելու միջոցով ընդունվող սրտխառնոցը կանխող դեղերը, որոնք Դուք օգտագործում եք որպես հակաքաղցկեղային քիմիաթերապիայի ռեժիմի մաս, եթե դրանք նշանակվում են նախքան քիմիաթերապիան, դրա ընթացքում կամ դրանից հետո 48 ժամվա ընթացքում կամ օգտագործվում են որպես սրտխառնոցը կանխող ներերակային դեղի ամբողջական թերապիայի փոխարինում • վերջնական փուլի երիկամային հիվանդության (ESRD) դեպքում խմելու միջոցով ընդունվող որոշակի դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս B-ի ներքո Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Medicare Մաս B դեղեր (շարունակություն) • ESRD վճարման համակարգի ներքո առկա կալցիմիմետիկ (calcimimetic) և ֆոսֆատը կապող (phosphate binder) դեղամիջոցներ, ներառյալ ներերակային Parsabiv® դեղամիջոցը և խմելու միջոցով ընդունվող Sensipar դեղամիջոցը • որոշ դեղամիջոցներ տնային դիալիզի համար, ներառյալ heparin-ը, heparin-ի հակաթույնը (եթե բժշկական անհրաժեշտություն կա) և տեղային անզգայացնող միջոցները • էրիթրոպոետը խթանող նյութեր. Medicare-ն ապահովագրում է ներարկվող erythropoietin-ը, եթե Դուք ունեք ESRD կամ Ձեզ անհրաժեշտ է այս դեղամիջոցը՝ անեմիան բուժելու համար, որը կապված են որոշակի այլ առողջական խնդիրների հետ (օրինակ՝ Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® կամ Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • IV իմունագլոբուլին առաջնային իմունային անբավարարության հիվանդությունների տնային բուժման համար • պարենտերալ և էնտերալ սնուցում (IV և խողովակային սնուցում) Մենք նաև ապահովագրում ենք որոշ պատվաստանյութեր՝ մեր Medicare Մաս B-ի ներքո, և չափահասների պատվաստանյութերի մեծ մասը՝ մեր Medicare Մաս D դեղերի նպաստների ներքո: Այս <i>Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը</i> բացատրում է մեր դեղերի նպաստը: Այն բացատրում է կանոնները, որոնց պետք է հետևեք, որպեսզի դեղատոմսերը ապահովագրվեն: Այս <i>Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 6-ը</i> բացատրում է, թե ինչ եք վճարում Ձեր դեղերի համար մեր ծրագրի միջոցով: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i> Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	

	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Medicare-ի Շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (MDPP) Մեր ծրագիրն իրավունակ անձանց համար վճարում է MDPP ծառայությունների համար: MDPP ծրագիրը նախատեսված է օգնելու Ձեզ բարելավել առողջ վարքագիծը: Այն տրամադրում է գործնական ուսուցում հետևյալում՝ • երկարաժամկետ սննդակարգի փոփոխություն, և • ֆիզիկական ակտիվության բարձրացում, և • քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման ուղիներ:	\$0
	Ալկոհոլի չարաշահմանն առնչվող զննում և խորհրդատվություն Մենք վճարում ենք ալկոհոլի չարաշահման բացահայտման նպատակով կատարվող մեկ զննման համար (SABIRT) այն չափահասների համար, որոնք չարաշահում են ալկոհոլը, բայց ալկոհոլից կախվածություն չունեն: Մա ներառում է հղի կանանց: Եթե ալկոհոլի չարաշահումը բացահայտելու նպատակով անցկացված զննման արդյունքները դրական են, կարող եք ամեն տարի ստանալ մինչև չորս կարճ, անձնական խորհրդատվություն (եթե կարող եք ներկայանալ և զգոն եք խորհրդատվության ընթացքում) որակավորված առաջնային խնամքի մատակարարի (PCP) կամ պրակտիկա անցնող մասնագետի կողմից՝ առաջնային խնամքի հաստատությունում:	\$0
	Ամբուլատոր ախտորոշիչ ստուգումներ և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների և այլ բժշկականորեն անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • ռենտգեններ • ճառագայթային (ռադիումի և իզոտոպի) թերապիա, ներառյալ մասնագետի նյութեր և պարագաներ • վիրաբուժական պարագաներ, ինչպիսիք են վիրակապերը Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ամբուլատոր ախտորոշիչ ստուգումներ և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ (շարունակություն) - բեկակալներ, գիպսային վիրակապ և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և տեղահանումների համար - լաբորատոր անալիզներ - արյուն, ներառյալ պահեստավորում և օգտագործում - ախտորոշիչ ոչ լաբորատոր թեստեր, ինչպիսիք են CT սկանավորումը, MRI-ները, EKG-ները և PET սկանավորումը, երբ Ձեր բժիշկը կամ առողջապահական ծառայությունների այլ մատակարար պատվիրում է դրանք՝ բուժելու համար առողջական խնդիրը - այլ ամբուլատոր ախտորոշիչ ստուգումներ <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	
Ամբուլատոր հոգեկան առողջության խնամք Մենք վճարում ենք հոգեկան առողջության ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են հետևյալի կողմից՝ - նահանգի կողմից արտոնագրված հոգեբույժ կամ բժիշկ - կլինիկական հոգեբան - կլինիկական սոցիալական աշխատող (CSW) - կլինիկական բուժքույր մասնագետ (CNS) - լիցենզավորված պրոֆեսիոնալ խորհրդատու (LPC) - լիցենզավորված ամուսնության և ընտանեկան թերապևտ (LMFT) - առաջնային խնամք տրամադրող բուժքույր (NP) - բժշկի օգնական (PA) Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ամբուլատոր հոգեկան առողջության խնամք (շարունակություն) • Medicare-ի որակավորում ունեցող հոգեկան առողջության խնամքի ցանկացած այլ մասնագետ, ինչպես թույլատրվում է նահանգային գործող օրենքներով Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է, նաև ստորև չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • կլինիկական ծառայություններ • ցերեկային բուժում • հոգեսոցիալական վերականգնողական ծառայություններ • մասնակի հոսպիտալացում կամ ինտենսիվ ամբուլատոր ծրագրեր • անհատական և խմբային հոգեկան առողջության գնահատում և բուժում • հոգեբանական թեստավորում, երբ կլինիկական ցուցմունք կա՝ հոգեկան առողջության արդյունքը գնահատելու • ամբուլատոր ծառայություններ, որոնք նպատակ ունեն դեղաբուժումը հսկել • ամբուլատոր լաբորատոր անալիզներ, դեղեր, պարահաներ և հավելումներ • հոգեբուժական խորհրդատվություն <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	
Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ Մենք վճարում ենք Ֆիզիկական թերապիայի, աշխատանքային թերապիայի և խոսքի թերապիայի համար: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ (շարունակություն) Դուք կարող եք ստանալ ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքներից, անկախ թերապևտի ընդունարաններից, համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություններից (CORF) և այլ հաստատություններից: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	
Ամբուլատոր վիրահատություն Մենք վճարում ենք ամբուլատոր վիրաբուժության և ծառայությունների համար հիվանդանոցային ամբուլատոր հաստատություններում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում: Նշում. Եթե Դուք վիրահատվում եք հիվանդանոցային հաստատությունում, Դուք պետք է ճշտեք Ձեր մատակարարի հետ, եթե Դուք ստացիոնար, թե ամբուլատոր հիվանդ եք: Եթե մատակարարը հրաման չի ներկայացնում Ձեզ՝ որպես ստացիոնար հիվանդ հիվանդանոց ընդունելու համար, ապա Դուք ամբուլատոր հիվանդ եք: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, Դուք դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0 ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն կամ ամբուլատոր հիվանդանոցային հաստատություն յուրաքանչյուր այցելության համար:

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) պարագաներ* Նպաստները ներառում են. • Դուք ունեք \$240 գումարի չափով ընդհանուր նպաստ եռամսյակի համար՝ OTC իրավունակ պարագաների ու սննդի և թարմ մթերքների գնման համար (եթե բավարարվեն համապատասխան պայմանները): • Այս նպաստն ընդգրկում է OTC պարագաներ առողջության հետ կապված օգտագործման համար, ինչպիսիք են ասպիրինը, վիտամինները, մրսածության և հազի դեղերը և վիրակապերը: • Այս նպաստը չի ապահովագրում OTC պարագաները ոչ առողջության հետ կապված օգտագործման համար: • Դուք կարող եք գնել իրավունակ OTC պարագաները OTC պարագաների կատալոգի միջոցով կամ մասնակից մանրածախ վայրերում: • Այս նպաստը չի կարող համակցվել Ձեր տարեկան \$1500 գումարի չափով դրամական օգնության հետ՝ Medicare-ի կողմից չապահովագրված լսողության ծառայությունների համար: • Այս նպաստն ուժի մեջ է մտնում յուրաքանչյուր եռամսյակի առաջին օրը (հունվարի 1, ապրիլի 1, հուլիսի 1 և հոկտեմբերի 1), և որևէ չօգտագործված նպաստ չի կարող փոխանցվել եռամսյակից եռամսյակ: • Երբ Դուք օգտվեք Ձեր եռամսյակային նպաստից, Դուք պատասխանատու եք Ձեր գնումների բոլոր ծախսերի համար, մինչև հաջորդ եռամսյակի սկիզբը: Դուք փոստով կստանաք Անդամների ուղեցույց Ձեր Flex քարտի հետ միասին: Flex քարտը ծախսման քարտ է, որն ունի համապատասխան նպաստներ, որոնք նախապես բեռնված են քարտի վրա, որպեսզի օգնեն վճարել ապահովագրված նպաստների համար: Ձեր Անդամների ուղեցույցը նկարագրելու է հասանելի նպաստները, որոնք նախապես բեռնված են Ձեր Flex քարտի վրա, ինչպես նաև որտեղ գտնել լրացուցիչ մանրամասներ Ձեր ապահովագրված նպաստների և Ձեր հաշվի կառավարման մասին: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) պարագաներ* (շարունակություն) Դուք կարող եք գնել իրավունակ OTC պարագաներ. - OTC պարագաների կատալոգում. - Հեռախոսով՝ զանգահարեք 1-877-429-3245 [TTY՝ 711], 08:00-ից 20:00, PT, երկուշաբթիից ուրբաթ: - Առցանց՝ այցելեք առցանց bscaflexbenefits.com: - Բջջային հավելվածի միջոցով՝ փնտրեք «myTotal Benefits» հավելվածի Ձեր խանութը և ներբեռնեք հավելվածը: OTC պարագաների կատալոգում ծանոթացեք OTC իրավունակ պարագաների ցանկին, պատվիրելու հրահանգներին և սահմանափակումներին: Ձեր Flex քարտն անհրաժեշտ չէ կատալոգային պատվերների համար, քանի որ Ձեր հաշիվը նախապես լիցքավորված է: Պատվերները Ձեզ կառաքվեն առանց հավելվածարի: Առաքման համար խնդրում ենք նախատեսել մոտ 5-7 աշխատանքային օր: Եթե Դուք օգտագործում եք փոստային արկղ որպես Ձեր առաքման հասցե, խնդրում ենք տրամադրել մոտ 7-10 աշխատանքային օր: - Անձամբ վերցրեք Ձեր Flex քարտը և գնացեք ցանկացած մասնակից մանրածախ վաճառքի վայր: Մասնակից մանրածախ վայրերում գտնելու համար մուտք գործեք Ձեր հաշիվ առցանց կամ բջջային հավելված և որոնեք «Find Stores» (Գտնել խանութներ) բաժնում: Մինչ գնումներ խանութ-սրահում, եթե ցանկանում եք պարզել, թե արդյոք OTC պարագան հաստատված է նախքան ստուգումը, սկանավորեք ապրանքի շտրիխ կոդը բջջային հավելվածում, որպեսզի անմիջապես ստուգեք իրավասությունը: Հակառակ դեպքում, իրավասությունն ավտոմատ կերպով կորոշվի, երբ սկանավորվի գրանցամատյանում: Հարցեր ունենալու դեպքում զանգահարեք 1-877-429-3245 [TTY՝ 711], 08:00-ից 20:00, PT, երկուշաբթիից ուրբաթ: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	

[illegible]

	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
	Առողջության և բարեկեցության կրթական ծրագրեր* (շարունակություն) Զանգահարեք 1-877-304-0504 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: SilverSneakers Դուք ապահովագրված եք ֆիթնեսի նպաստ ստանալու համար SilverSneakers-ի միջոցով, ինչը ներառում է՝ • Մասնակից մարզասրահների և համայնքային վայրերի համազգային ցանց խմբային ֆիթնես դասերով և հարմարություններով՝ Ձեր ընտրած վայրում. գրանցվեք այնքան վայրերում, որքանում ցանկանում եք • Կենդանի առցանց դասընթացներ և դասընթացներ SilverSneakers LIVE™-ի միջոցով՝ շաբաթը 7 օր, առավոտյան, կեսօրին և երեկոյան • Ցպահանջ առցանց դասընթացներ, առողջ ապրելակերպի և վարժությունների ծրագրերի տեսանյութեր SilverSneakers On-Demand™-ի միջոցով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր • Բջջային հավելված՝ հասանելի ֆիթնես ծրագրերով, գործունեության հետևմամբ՝ Ձեր Անդամի նույնականացման համարի և SilverSneakers GO™-ի միջոցով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր • Համայնքային կապ և բարեկեցության աջակցություն իրական և վիրտուալ տարբերակներով՝ SilverSneakers համայնքի միջոցով Նպաստից օգտվելու համար գտեք Ձեր SilverSneakers-ի նույնականացման (ID) համարը, ֆիթնեսի անցկացման վայրերը և դասընթացները silversneakers.com կայքում: Եթե Ձեր նպաստի վերաբերյալ լրացուցիչ հարցեր ունեք, զանգահարեք 1-888-423-4632 [TTY՝ 711] հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 05:00-ից 17:00, PT: Երբ գնաք Ձեր ընտրած՝ ծրագրի մասնակից ֆիթնեսի վայրը, անձնակազմը Ձեզ կգրանցի իրենց համակարգում՝ օգտագործելով Ձեր SilverSneakers-ի ID համարը: Կարող եք նաև խնդրել շրջայց կատարել տվյալ վայրում՝ տեսնելու բոլոր հարմարությունները և դասասենյակների դասավորությունը: <i>Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում</i>	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Առողջության և բարեկեցության կրթական ծրագրեր* (շարունակություն) Տնային պարագաներն առաջարկվում են այն անդամներին, որոնք ցանկանում են պարապել տանը, կամ նրանց, ովքեր չեն կարող հասնել մասնակից ֆիթնեսի վայր վնասվածքի, հիվանդության կամ տանը ստիպված մնալու պատճառով: Անդամները կարող են ընտրել տարեկան մեկ փաթեթ, և յուրաքանչյուր փաթեթ ներառում է արագ մեկնարկի ուղեցույց: Ֆիթնեսի մատչելի պարագաները ներառում են՝ • Քայլք՝ ներառում է քայլաչափ: • Տոնուսային մարզում՝ ներառում է մարզման գնդակ: • Ուժային մարզում՝ ներառում է մկանները հզորացնող առաձգական երիզ: • Յոգա՝ ներառում է յոգայի ժապավեն: Միշտ խոսեք Ձեր բժշկի հետ նախքան վարժությունների ծրագիր սկսելը: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	
Ասեղնաբուժություն Մենք վճարում ենք մինչև երկու ամբուլատոր ասեղնաբուժական ծառայությունների համար մեկ օրացուցային ամսում, կամ ավելի հաճախ, եթե դրանք բժշկականորեն անհրաժեշտ են: Մենք նաև վճարում ենք մինչև 12 ասեղնաբուժությամբ այցելությունների համար 90 օրվա ընթացքում, եթե Դուք ունեք մեջքի քրոնիկ ցավ, որը սահմանվում է որպես՝ • տևում է 12 շաբաթ կամ ավելի, • ոչ հստակ (չունենալ համակարգային պատճառ, որը կարող է բացահայտվել, օրինակ՝ կապված չէ մետաստատիկ, բորբոքային կամ վարակիչ հիվանդության հետ), • կապված չէ վիրահատության հետ, • կապված չէ հղիության հետ: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ասեղնաբուծություն (շարունակություն) Բացի այդ, մենք վճարում ենք ասեղնաբուծության հավելյալ ութ սեանսի համար՝ մեջքի ստորին հատվածի քրոնիկ ցավի համար, եթե Դուք բարելավվում ունեք: Դուք չեք կարող տարեկան ավելի քան 20 ասեղնաբուծական բուժում ստանալ մեջքի ստորին հատվածի քրոնիկ ցավի համար: Ասեղնաբուծությամբ բուժումը պետք է դադարեցվի, եթե Դուք չեք լավանում կամ Ձեր վիճակը վատթարանում է: Մատակարարի պահանջները. Բժիշկները կարող են կատարել ասեղնաբուծություն՝ համաձայն նահանգի գործող պահանջների: Բժշկի օգնականները (PA), բուժքույրերը (NP)/կլինիկական բուժքույր մասնագետները (CNS) և օժանդակ անձնակազմը կարող են կատարել ասեղնաբուծություն, եթե նրանք համապատասխանում են նահանգի բոլոր գործող պահանջներին և ունեն. • ասեղնաբուծության կամ արևելյան բժշկության մագիստրոսի կամ դոկտորի աստիճան այնպիսի դպրոցից, որը հավատարմագրված է ասեղնաբուծության և արևելյան բժշկության հավատարմագրման հանձնաժողովի (ACAOM) կողմից, և • United States-ի որևէ նահանգում, տարածքում կամ Համագործակցության տարածքում (օրինակ՝ Puerto Rico), ինչպես նաև District of Columbia-ում ասեղնաբուծությամբ զբաղվելու գործող, ամբողջական, ակտիվ և անսահմանափակ լիցենզիա: Ասեղնաբուծությամբ զբաղվող օժանդակ անձնակազմը պետք է լինի բժշկի, PA-ի կամ NP/CNS-ի համապատասխան մակարդակի վերահսկողության ներքո, ինչը պահանջվում է մեր կանոնների համաձայն: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ասեղնաբուծություն (շարունակություն) Ապահովագրվող ծառայությունները տրամադրվում են American Specialty Health Plans of California, Inc.-ի միջոցով (ASH Plans) մասնակից մատակարարների կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ASH Plans-ի հետ համագործակցող մատակարարներին գտնելու համար կարող եք զանգահարել ASH Plans` (800) 678-9133 հեռախոսահամարով [TTY` 711], երկուշաբթիից ուրբաթ, 05:00-ից 20:00, PT, ապրիլի 1-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը և կիրակիից շաբաթ, 08:00-ից 20:00, PT, հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Կարող եք նաև զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ անցնել blueshieldca.com/find-a-doctor հղմամբ` ASH ծրագրերի մասնակից մատակարար գտնելու համար:	
Ասթմայի կանխարգելիչ ծառայություններ Դուք կարող եք ստանալ ասթմային վերաբերող կրթություն և տնային միջավայրի գնահատում՝ վատ վերահսկվող ասթմա ունեցող մարդկանց տանը սովորաբար հայտնաբերված խթանիչների համար:	\$0
Ատամնաբուժական ծառայություններ Մենք վճարում ենք որոշակի ատամնաբուժական ծառայությունների համար, ինչը ներառում է, բայց չի սահմանափակվում բերանի խոռոչի գնահատումներով, 3D ատամնաբուժական ռենտգեններով, ատամնապսաներով և պրոթեզներով: Այն դեպքերը, որոնք մենք չենք ապահովագրում, հասնելի են Medi-Cal Dental-ի միջոցով և նկարագրված են ստորև` Բաժին G2-ում: Մենք վճարում ենք որոշ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, երբ ծառայությունը հանդիսանում է անձի առաջնային առողջական խնդրի հատուկ բուժման անբաժանելի մասը: Օրինակ՝ ծնոտի վերականգնում կոտրվածքից կամ վնասվածքից հետո, ատամի հանում, որն արվել է ծնոտի քաղցկեղի ճառագայթային բուժմանը նախապատրաստվելու նպատակով կամ բերանի հետազոտություն նախքան օրգանի փոխպատվաստումը: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0 Medicare-ով ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայությունների համար:



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ատամնաբուժական ծառայություններ (շարունակություն) Բացի այդ, մենք ապահովագրում ենք որոշ համապարփակ ատամնաբուժական ծառայություններ*: Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակը (որը գտնվում է այս գլխում՝ Նպաստների աղյուսակից հետո) ցույց է տալիս այս նպաստով ապահովագրված ատամնաբուժական հատուկ ընթացակարգերը: Թվարկված ընթացակարգերն ապահովագրված նպաստներ են հանդիսանում, երբ տրամադրվում են ցանցի լիցենզավորված ատամնաբույժի կողմից և անհրաժեշտ ու ընթացիկ են, ինչպես սահմանված է ընդհանուր ընդունված ատամնաբուժական պրակտիկայի չափանիշներով: Տեղեկություններն այն մասին, թե ինչպես մուտք գործել ապահովագրված ծառայություններ, առկա են Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակի ներքևում: Ոչ բոլոր ապահովագրված ծառայությունները կարող են հարմար լինել յուրաքանչյուր մարդու համար: Ձեզ համար համապատասխան խնամքը որոշելու համար Դուք պետք է ապավինեք Ձեր ցանցի ատամնաբույժին: Նպաստների սահմանափակումները, նախօրոք լիազորումը և/կամ ուղեգրերը կարող են կիրառվել որոշակի ատամնաբուժական ծառայությունների դեպքում: Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental-ի միջոցով: Լրացուցիչ տեղեկություններն առկա են SmileCalifornia.org կայքում: Medi-Cal Dental-ը ներառում, բայց չի սահմանափակվում այնպիսի ծառայություններով, ինչպիսիք են՝ • նախնական հետազոտություններ, ռենտգեններ, մաքրումներ և ֆտորով բուժումներ • վերականգնումներ և ատամնապսակներ • ատամարմատի խողովակի թերապիա • մասնակի և ամբողջական արհեստական ատամնաշարերը, շտկումները, վերանորոգումները և արհեստական ատամնաշարերի կրկին տեղադրումը Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	

	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Ատամնաբուժական ծառայություններ (շարունակություն) Medi-Cal Dental-ում հասանելի ատամնաբուժական նպաստների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ եթե օգնության կարիք ունեք Medi-Cal-ն ընդունող ատամնաբույժ գտնելու համար, դիմեք հաճախորդների սպասարկման գիծ՝ 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2922): Հեռախոսազանգն անվճար է: Medi-Cal Dental-ի ներկայացուցիչները Ձեզ օգնելու համար հասանելի են 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել smilecalifornia.org/ կայքը:	
	Արգանդի վզիկի և հեշտոցի քաղցկեղի զննում Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • բոլոր կանանց համար՝ Պապ թեստ և կոնքի հետազոտություն 24 ամիսը մեկ անգամ • այն կանանց համար, ովքեր ունեն արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի քաղցկեղի բարձր ռիսկ՝ 12 ամիսը մեկ՝ մեկ Պապ թեստ • այն կանանց համար, ովքեր վերջին երեք տարվա ընթացքում նորմալից շեղվող Պապ թեստի արդյունքներ են ունեցել և վերաբրտադրողական տարիքի են՝ 12 ամիսը մեկ՝ մեկ Պապ թեստ • 30-65 տարեկան կանանց համար՝ մարդու պապիլոմավիրուսի (HPV) թեստավորում կամ Pap plus HPV թեստավորում հինգ տարին մեկ անգամ	\$0
	Բարեկեցության ամենամյա այց Դուք կարող եք տարեկան ստուգում անցնել: Մա նախատեսված է Ձեր ընթացիկ ռիսկի գործոնների հիման վրա կանխարգելման պլան կազմելու կամ թարմացնելու համար: Մենք վճարում ենք դրա համար 12 ամիսը մեկ անգամ: Նշում. Ձեր առաջին բարեկեցության ամենամյա այցը չի կարող տեղի ունենալ Ձեր Բարի գալուստ Medicare այցից հետո 12 ամսվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, Մաս B-ի շրջանակում 12 ամիս ապահովագրված լինելուց հետո բարեկեցության ամենամյա այցի համար պարտադիր չէ, որ անցած լինեք Բարի գալուստ Medicare այցը:	\$0



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	«Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այց Մենք ապահովագրում ենք «Բարի գալուստ Medicare» մեկանգամյա կանխարգելիչ այցը: Այցը ներառում է՝ • Ձեր առողջության հետազոտություն, • գիտելիքներ և խորհրդատվություն՝ Ձեզ անհրաժեշտ կանխարգելիչ ծառայությունների վերաբերյալ (ներառյալ սքրինինգները և սրսկումները (կամ պատվաստումները)), և • ուղեգրում այլ տեսակի խնամքի, եթե դրա կարիքը ունեք: Նշում. մենք ապահովագրում ենք «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը միայն առաջին 12 ամսվա ընթացքում, երբ Դուք ունեք Medicare Մաս B: Երբ նշանակեք Ձեր հանդիպումը, տեղեկացրեք Ձեր բժշկի ընդունարանը, որ ցանկանում եք ամրագրել Ձեր «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը:	\$0
	Բեկաբուժական ծառայություններ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • ողնաշարի ձգումներ՝ հավասարությունը շտկելու համար <i>Կարող է պահանջվել ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i> Բեկաբուժական ծառայություններ (չեն ապահովագրվում Medicare-ի կողմից)* Ապահովագրված ծառայություններն ընդգրկում են՝ • Նախնական և հետագա ստուգումներ • Բեկաբուժական գործողություններ • Օժանդակ թերապիաներ • Ռենտգեն (միայն բեկաբուժական) Medicare-ի կողմից չապահովագրվող ծառայությունները տրամադրվում են American Specialty Health Plans of California, Inc.-ի կողմից (ASH Plans) մասնակից մատակարարների Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0 \$0 (ապահովագրությունը սահմանափակվում է տարեկան մինչև 12 այցելությամբ Medicare-ի կողմից չապահովագրված ծառայությունների համար):



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Բեկաբուժական ծառայություններ (շարունակություն) կողմից: Ապահովագրվող ծառայությունները պետք է սահմանվեն որպես բժշկականորեն անհրաժեշտ՝ ASH ծրագրերի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ASH Plans-ի հետ համագործակցող մատակարարներին գտնելու համար կարող եք զանգահարել ASH Plans՝ (800) 678-9133 հեռախոսահամարով [TTY՝ 711], երկուշաբթիից ուրբաթ, 05:00-ից 20:00, PT, ապրիլի 1-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը և կիրակիից շաբաթ, 08:00-ից 20:00, PT, հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Կարող եք նաև զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ անցնել blueshieldca.com/find-a-doctor հղմամբ՝ ASH ծրագրերի մասնակից մատակարար գտնելու համար: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	

	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Բժշկական սննդի թերապիա Այս նպաստը նախատեսված է շաքարախտ կամ առանց դիալիզի երիկամների հիվանդություն ունեցող մարդկանց համար: Այն նաև նախատեսված է երիկամի փոխպատկաստում տարած անձանց համար, եթե առկա է Ձեր բժշկի կողմից տրամադրված ուղեգիր: Մենք վճարում ենք երեք ժամ անհատական խորհրդատվական ծառայությունների համար առաջին տարվա ընթացքում, երբ Դուք ստանում եք բժշկական սննդի թերապիայի ծառայություններ Medicare-ի շրջանակներում: Բժշկական անհրաժեշտության դեպքում մենք կարող ենք հաստատել լրացուցիչ ծառայություններ: Դրանից հետո ամեն տարի մենք վճարում ենք անհատական խորհրդատվական ծառայությունների երկու ժամվա համար: Եթե Ձեր առողջական վիճակը, բուժումը կամ ախտորոշումը փոխվի, Դուք կարող եք ավելի շատ ժամեր ստանալ բժշկի ուղեգրի համաձայն: Բժիշկը պետք է նշանակի այս ծառայությունները և յուրաքանչյուր տարի թարմացնի ուղեգիրը, եթե հաջորդ օրացուցային տարում բուժման կարիք ունեք: Բժշկական անհրաժեշտության դեպքում մենք կարող ենք հաստատել լրացուցիչ ծառայություններ:	\$0
	Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ այցելություններ բժշկի գրասենյակ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ - բժշկականորեն անհրաժեշտ առողջական կամ վիրաբուժական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են այնպիսի վայրերում, ինչպիսիք են՝ - բժշկի գրասենյակ - հավաստագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն - հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունք - ցանկացած այլ վայր Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ այցելությունները բժշկի գրասենյակ (շարունակություն) • խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում մասնագետի կողմից • լսողության և հավասարակշռության հիմնական քննություններ, որոնք անց են կացվում Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի կողմից, եթե Ձեր բժիշկը հանձնարարել է նրան պարզել, թե արդյոք բուժման կարիք ունեք • Որոշ հեռաառողջապահական ծառայություններ, ներառյալ բժիշկների ծառայությունները ոչ արտակարգ իրավիճակների բուժման համար, ինչպիսիք են մրսաձուլության և գրիպի ախտանիշները, ալերգիաները, բրոնխիտը, շնչառական վարակները, սինուսների հետ կապված խնդիրներ, ցան, աչքի վարակ, միգրեն և այլն: ○ Դուք ունեք այս ծառայությունները ստանալու հնարավորություն՝ անձնական այցելության կամ Հեռաառողջապահական ծառայության միջոցով: Եթե Դուք որոշում եք ստանալ այս ծառայություններից մեկը Հեռաառողջապահության միջոցով, Դուք պետք է դիմեք ցանցի մատակարարին, որն առաջարկում է ծառայությունը հեռահար տարբերակով: ○ Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք «Լրացուցիչ հեռաառողջապահական ծառայություններ» բաժինը Նպաստների աղյուսակում: • հեռաառողջապահական ծառայություններ վերջնական փուլի երիկամային հիվանդության (ESRD) ամսական այցերի համար տնային դիալիզի անդամների համար հիվանդանոցային կամ կրիտիկական հասանելիության հիվանդանոցում գործող երիկամային դիալիզի կենտրոնում, երիկամային դիալիզի հաստատությունում կամ տանը • հեռաառողջապահական ծառայություններ՝ ինսուլտի ախտանիշները ախտորոշելու, գնահատելու կամ բուժելու համար Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ այցելությունները բժշկի գրասենյակ (շարունակություն) • հեռաառողջապահական ծառայություններ թմրանյութերի օգտագործման խանգարումներով կամ հոգեկան առողջության հետ կապված խանգարումներով անդամների համար՝ անկախ Ձեր գտնվելու վայրից • Հեռաառողջապահական ծառայություններ հոգեկան առողջության խանգարումների ախտորոշման, գնահատման և բուժման համար հեռաառողջապահական ծառայություններ հոգեկան առողջության այցերի համար, որոնք տրամադրվում են գյուղական առողջապահական կլինիկաների և դաշնային որակավորում ունեցող առողջապահական կենտրոնների կողմից: • վիրտուալ ստուգումներ (օրինակ՝ հեռախոսով կամ տեսագրությամբ) Ձեր բժշկի հետ հինգ-տասը րոպեով, եթե ○ Դուք նոր հիվանդ չեք, և ○ ստուգումը կապված չէ վերջին յոթ օրվա գրասենյակ այցելության հետ, և ○ ստուգումը չի հանգեցնում գրասենյակ այցելության 24 ժամվա ընթացքում կամ շուտափույթ հասանելի ժամադրության • Տեսանյութերի և/կամ պատկերների գնահատում, որոնք ուղարկում եք Ձեր բժշկին, ինչպես նաև մեկնաբանում և հետևում Ձեր բժշկի կողմից 24 ժամվա ընթացքում, եթե՝ ○ Դուք նոր հիվանդ չեք, և ○ գնահատումը կապված չէ վերջին յոթ օրվա գրասենյակ այցելության հետ, և ○ գնահատումը չի հանգեցնում գրասենյակ այցելության 24 ժամվա ընթացքում կամ շուտափույթ հասանելի ժամադրության Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ այցելությունները բժշկի գրասենյակ (շարունակություն) - Ձեր բժշկի խորհրդատվությունը այլ բժիշկների հետ հեռախոսով, ինտերնետով կամ էլեկտրոնային առողջապահական գրառման միջոցով, եթե Դուք նոր հիվանդ չեք - Երկրորդ կարծիքը ցանցի այլ մատակարարի կողմից՝ նախքան վիրահատությունը <i>Կարող է պահանջվել ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	
Բուժքույրական հաստատության խնամք Բուժքույրական հաստատությունը (NF) այն վայրն է, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, որոնք չեն կարող տանը խնամք ստանալ, բայց հիվանդանոցում գտնվելու կարիք չունեն: Ծառայությունները, որոնց համար մենք վճարում ենք, ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ - կիսաանձնական սենյակ (կամ բժշկական անհրաժեշտության դեպքում առանձնասենյակ) - սնունդ, ներառյալ հատուկ սննդակարգեր - բուժքույրական ծառայություններ - ֆիզիկական թերապիա, աշխատանքային թերապիա և խոսքի թերապիա - շնչուղիների բուժում - դեղեր, որոնք Ձեզ տրվել են որպես Ձեր խնամքի ծրագրի մաս: (Սա ներառում է այնպիսի նյութեր, որոնք բնականաբար առկա են մարմնում, ինչպիսիք են արյան մակարդման գործոնները): - արյուն, ներառյալ պահեստավորում և օգտագործում - բժշկական և վիրաբուժական պարագաներ, որոնք սովորաբար տրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Բուժքույրական հաստատության խնամք (շարունակություն) - լաբորատոր անալիզներ, որոնք սովորաբար արվում են բուժքույրական հաստատություններում - ռենտգեն և ռադիոլոգիայի այլ ծառայություններ, որոնք սովորաբար մատուցվում են բուժքույրական հաստատություններում - սարքերի օգտագործումը, ինչպիսիք են անվասայլակները, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատություններում - բժիշկ/գործնական մասնագետի ծառայություններ - տևական օգտագործման բժշկական սարքեր - ատամնաբուժական ծառայություններ, ներառյալ պրոթեզները - տեսողության նպաստներ - լսողության հետազոտություններ - բեկաբուժական խնամք - ռոնաբուժական ծառայություններ Դուք սովորաբար ստանում եք Ձեր խնամքը ցանցի հաստատություններից: Սակայն, Դուք կարող եք Ձեր խնամքը ստանալ մեր ցանցում չգտնվող հաստատությունից: Դուք կարող եք խնամք ստանալ հետևյալ վայրերից, եթե նրանք ընդունեն մեր ծրագրի վճարման գումարները՝ - բուժքույրական հաստատություն կամ շարունակական խնամքի կենսաթոշակային համայնք, որտեղ Դուք ապրում էիք հիվանդանոց գնալուց անմիջապես առաջ (քանի դեռ այն տրամադրում է ծերանոցի խնամք): - բուժքույրական հաստատություն, որտեղ Ձեր ամուսինը/կինը կամ զուգընկերն ապրում է այն պահին, երբ Դուք հեռանում եք հիվանդանոցից:	
Դուլայի ծառայություններ Հղիների դեպքում մենք վճարում ենք դուլայի մոտ ինն այցի համար նախածննդյան և հետծննդյան շրջանում, ինչպես նաև աջակցության համար ծննդաբերության ընթացքում: Կարող է տրամադրվել նաև մինչև ինը լրացուցիչ այց հետծննդյան շրջանում:	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Երիկամային հիվանդության ծառայություններ և պարագաներ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • Երիկամային հիվանդությունների կրթական ծառայություններ՝ երիկամների խնամք սովորեցնելու և Ձեր խնամքի վերաբերյալ լավ որոշումներ կայացնելու համար: Դուք պետք է ունենաք երիկամների քրոնիկ հիվանդություն IV փուլ, և Ձեր բժիշկը պետք է ուղեգիր տա Ձեզ: Մենք ապահովագրում ենք երիկամների հիվանդության կրթական ծառայությունների մինչև վեց սեանս: • Ամբուլատոր դիալիզի բուժում, ներառյալ դիալիզի բուժում, երբ ժամանակավորապես դուրս եք գալիս ծառայության տարածքից, ինչպես բացատրված է այս <i>Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ում</i>, կամ երբ այս ծառայության Ձեր մատակարարը ժամանակավորապես անհասանելի է կամ մատչելի չէ: • Ստացիոնար դիալիզի բուժում, եթե Դուք որպես ստացիոնար ընդունվում եք հիվանդանոց հատուկ խնամքի համար • Ինքնադիալիզի ուսուցում, ներառյալ ուսուցում Ձեր և բոլոր նրանց համար, ովքեր Ձեզ օգնում են Ձեր տնային դիալիզի բուժումների հարցում • Տնային դիալիզի սարքավորում և պարագաներ • Որոշ տնային աջակցության ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ վերապատրաստված դիալիզի աշխատողների կողմից անհրաժեշտ այցելությունները՝ Ձեր տնային դիալիզի ընթացքը ստուգելու, արտակարգ իրավիճակներում օգնելու և Ձեր դիալիզի սարքավորումներն ու ջրամատակարարումը ստուգելու համար: Medicare Մաս B-ն վճարում է դիալիզի որոշ դեղերի համար: Տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք «Medicare Մաս B դեղերն» այս աղյուսակում: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
	Ընկճախտի զննում Մենք վճարում ենք ընկճախտի զննման համար յուրաքանչյուր տարի: Ձննումը պետք է կատարվի առաջնային խնամքի միջավայրում, որը կարող է ապահովել հետագա բուժում և/կամ ուղեգրեր:	\$0
	Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունները Օրենքը թույլ է տալիս ընտրել ցանկացած մատակարար՝ լինի դա ցանցի մատակարար, թե արտացանցային մատակարար, ընտանիքի պլանավորման որոշակի ծառայությունների համար: Մա նշանակում է ցանկացած բժիշկ, կլինիկա, հիվանդանոց, դեղատոն կամ ընտանիքի պլանավորման գրասենյակ: Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • ընտանիքի պլանավորման հետազոտություն և բժշկական բուժում • ընտանիքի պլանավորման լաբորատոր և ախտորոշիչ թեստեր • ընտանիքի պլանավորման մեթոդներ (IUC/IUD, իմպլանտներ, ներարկումներ, հակաբեղմնավորիչ հաբեր, սպեղանի կամ օղակ) • ընտանիքի պլանավորման պարագաներ դեղատոմսով (պահպանակ, սպունգ, փրփուր, թաղանթ, դիֆրագմ, կափարիչ) • ծնելիությանը վերաբերող սահմանափակ ծառայություններ, ինչպիսիք են խորհրդատվությունը և կրթությունը ծնելիության իրազեկման մեթոդների և/կամ նախաձեռնողյան առողջապահական խորհրդատվություն, թեստավորում և բուժում սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI) դեպքում • ՄԻԱՎ-ի, ՁԻԱՀ-ի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված այլ առողջական խնդիրների խորհրդատվություն և թեստավորում Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
Ընտանիքի պլանավորման ծառայությունները (շարունակություն) - մշտական հակաբեղմնավորում (ընտանիքի պլանավորման այս մեթոդն ընտրելու համար Դուք պետք է լինեք 21 տարեկան կամ ավելի. Դուք պետք է ստորագրեք դաշնային ստերիլիզացման համաձայնության ձևը առնվազն 30 օր, բայց ոչ ավելի, քան վիրահատության օրվանից 180 օր առաջ): - գենետիկական խորհրդատվություն Մենք նաև վճարում ենք ընտանիքի պլանավորման որոշ այլ ծառայությունների համար: Սակայն, Դուք պետք է օգտվեք մեր մատակարարների ցանցի մատակարարից՝ հետևյալ ծառայությունների համար՝ - անպտղության խնդիրների բուժում (այս ծառայությունը չի ներառում հղիանալու արհեստական եղանակները): - ՁԻԱՀ-ին և ՄԻԱՎ-ին առնչվող այլ խնդիրների բուժում - գենետիկական հետազոտություն	
Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման ամբուլատոր ծառայություններ Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է, նաև ստորև չնշված այլ ծառայությունների համար՝ - ալկոհոլի չարաշահմանն առնչվող զննում և խորհրդատվություն - թմրանյութերի չարաշահման հետ կապված բուժում - խմբային կամ անհատական խորհրդատվություն որակավորված կլինիկայի կողմից - միջին սրության դետոքսիկացիա թմրամոլության ստացիոնար բուժման ծրագրի ընթացքում - ալկոհոլի և/կամ թմրանյութերի հետ կապված բուժման ծառայություններ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման կենտրոնում - բուժում՝ երկար ազդեցություն ունեցող Naltrexone-ով (vivitrol) <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0 յուրաքանչյուր անհատական կամ խմբակային թերապիայի այցելության համար



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Թոքերի վերականգնողական ծառայություններ Մենք վճարում ենք թոքերի վերականգնողական ծրագրերի համար այն անդամներին, ովքեր ունեն թոքերի միջին և շատ ծանր քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն (COPD): Դուք պետք է ուղեգիր ունենաք թոքերի վերականգնման համար բժշկից կամ մատակարարից, որը բուժում է COPD-ը: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0
	Թոքերի քաղցկեղի զննում՝ ցածր դեղաչափով համակարգչային տոմոգրաֆիայի միջոցով (LDCT) Մեր ծրագիրը վճարում է թոքերի քաղցկեղի զննման համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, եթե Դուք՝ • 50-77 տարեկան եք, և • ունեք խորհրդատվություն և որոշումներ կայացնելու ընդհանուր այցելություն Ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի հետ, և • ծխել եք օրական առնվազն մեկ տուփ 20 տարի շարունակ՝ առանց թոքերի քաղցկեղի նշանների կամ ախտանիշների, կամ այժմ ծխում եք կամ թողել եք ծխելը վերջին 15 տարվա ընթացքում: Առաջին զննումից հետո մեր ծրագիրը յուրաքանչյուր տարի վճարում է հերթական զննության համար՝ Ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի գրավոր հրահանգով: Եթե մատակարարը որոշում է թոքերի քաղցկեղի զննման համար տրամադրել խորհրդատվություն և գրանցում է համատեղ որոշումների կայացման նպատակով այց, ապա այցը պետք է համապատասխանի նման այցերի համար նախատեսված Medicare չափանիշներին:	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Լսողության ծառայություններ Մենք վճարում ենք Ձեր մատակարարի կողմից կատարված լսողության և հավասարակշռության թեստերի համար: Այս թեստերը ցույց են տալիս, թե արդյոք Դուք բժշկական բուժման կարիք ունեք: Դրանք ապահովագրվում են որպես ամբուլատոր խնամք, երբ դրանք ստանում եք բժշկից, աուդիոլոգից կամ այլ որակավորված մատակարարից: Լսողության ծառայություններ (չեն ապահովագրվում Medicare-ի կողմից)* Այս ծրագիրը ներառում է լսողության ծառայություններ՝ ի լրումն Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրվածների: Նպաստները ներառում են. • Դուք ունեք տարեկան \$1500 գումարի չափով նպաստ՝ Medicare-ի կողմից չապահովագրված հետևյալ լսողության ծառայությունների համար՝ ○ Լսողության մեկ սովորական (չեն ապահովագրվում Medicare-ի կողմից) ստուգում ○ Մինչև երկու լսողական սարք (կիրառվում է երկու ականջների համար միասին) ○ Մինչև երկու լսողական սարքի հարմարեցում և գնահատում • Դուք կարող եք ստանալ այս ծառայությունները Ձեր կողմից ընտրված լսողական սարքերի մատակարարից: • Այս նպաստը չի կարող համակցվել Ձեր \$240 գումարի չափով եռամսյակային դրամական օգնության հետ՝ Մենդի և թարմ մթերքների համար (եթե համապատասխան պայմանները բավարարվում են) և առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) պարագաների համար: • Այս նպաստն ուժի մեջ է մտնում յուրաքանչյուր տարվա առաջին օրը, և որևէ չօգտագործված նպաստ չի կարող փոխանցվել մեկ տարվանից մյուսը: Դուք փոստով կստանաք Անդամների ուղեցույց Ձեր Flex քարտի հետ միասին: Flex քարտը ծախսման քարտ է, որն ունի համապատասխան նպաստներ, որոնք նախապես բեռնված են քարտի վրա, որպեսզի օգնեն վճարել ապահովագրված նպաստների համար: Ձեր Անդամների ուղեցույցը նկարագրելու է հասանելի նպաստները, որոնք նախապես բեռնված են Ձեր Flex քարտի վրա, ինչպես նաև որտեղ գտնել լրացուցիչ մանրամասներ Ձեր ապահովագրված նպաստների և Ձեր հաշվի կառավարման մասին: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Լսողության ծառայություններ (շարունակություն) Այս նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-877-429-3245 [TTY՝ 711] հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ մանրամասների համար կարող եք նաև առցանց այցելել bscalflexbenefits.com կայքը: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող ծախսերի սահմանաչափում: Բացի այս բաժնում նկարագրված Medicare-ի կողմից չապահովագրված լսողության ծառայություններից, մենք վճարում ենք նաև լսողական սարքերի համար, երբ դրանք նշանակված են բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի կողմից, ներառյալ՝ • կաղապարներ, պարագաներ և ներդիրներ • վերանորոգումներ • մարտկոցների նախնական հավաքածու • վեց այցելություն՝ ուսուցման, ճշգրտումների և տեղադրման համար նույն վաճառողի հետ լսողական սարքը ստանալուց հետո • լսողական սարքերի փորձաշրջանի վարձույթ • օժանդակ լսողական սարքեր, ոսկրային մակերեսային հաղորդունակությամբ լսողական սարքեր • լսողական սարքի հետ կապված աուդիոլոգիական և հետզնահատման ծառայություններ	



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
	Լրացուցիչ հեռառողջապահական ծառայություններ* Teladoc Health-ը տրամադրում է բժիշկների խորհրդատվություն հեռախոսով կամ տեսազանգով ողջ տարվա ընթացքում 24/7/365 ռեժիմով: Teladoc Health-ի բժիշկները կարող են ախտորոշել և բուժել հիմնական առողջական խնդիրները, ինչպես նաև կարող են նշանակել որոշակի դեղամիջոցներ: Teladoc Health-ը ծառայություն է, որը նախատեսված չէ փոխարինելու համար Ձեր առաջնային խնամքի բժշկի խնամքը: Խնդրում ենք մուտք գործել blueshieldca.com/teladochealth կամ Blue Shield of California-ի հավելված՝ այցելություն խնդրելու համար: Հարցերի դեպքում կարող եք կապվել Teladoc Health-ի հետ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY՝ 711], օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, տարին 365 օր: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	\$0
	Ծխելու և ծխախոտի օգտագործման դադարեցում Ծխելը և ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու վերաբերյալ խորհրդատվությունը ապահովագրվում է ամբուլատոր և հիվանդանոցային հիմքով այն մարդկանց համար, որոնք համապատասխանում են հետևյալ չափանիշներին՝ • ծխախոտի օգտագործում՝ անկախ նրանից, թե արդյոք առկա են ծխելու հետ կապված հիվանդության նշաններ կամ ախտանիշներ • հասկացող և զգոն էք խորհրդատվության ընթացքում • որակավորված բժիշկ կամ Medicare-ի կողմից հաստատված այլ մասնագետ մատակարարների խորհրդատվություն Մենք ապահովագրում ենք տարեկան երկու դադարեցման փորձ (յուրաքանչյուր փորձ կարող է ներառել առավելագույնը չորս միջանկյալ կամ ինտենսիվ սեանս՝ տարեկան մինչև ութ սեանս):	\$0

	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Կրծքի քաղցկեղի զննում (մամոգրամ) Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ - մեկ բազային մամոգրամ 35-ից 39 տարեկանում - մեկ զննման մամոգրամ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ՝ 40 և ավելի տարեկան կանանց համար - կրծքի կլինիկական հետազոտություններ 24 ամիսը մեկ անգամ	\$0
	Հաստ աղիքի և ուղիղ աղիքի քաղցկեղի զննում Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ - Կոլոնոսկոպիան չունի նվազագույն կամ առավելագույն տարիքային սահմանափակում և փոխհատուցվում է 120 ամիսը (տաս տարի) մեկ անգամ՝ ոչ բարձր ռիսկի աստիճան ունեցող հիվանդների համար, կամ անցկացված ճկուն սիգմոիդոսկոպիայից 48 ամիս անց այն հիվանդների համար, որոնք կոլոռեկտալ քաղցկեղի բարձր ռիսկի տակ չեն, ինչպես նաև 24 ամիսը մեկ անգամ՝ բարձր ռիսկի աստիճան ունեցող հիվանդների համար՝ անցկացված զննման կոլոնոսկոպիայից հետո: 45 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի հիվանդների համար, որոնք կոլոռեկտալ քաղցկեղի բարձր ռիսկի տակ չեն, համակարգչային շերտագրությամբ կոլոնոգրաֆիան ապահովագրվում է, երբ առնվազն 59 ամիս է անցել այն ամսից, որի ընթացքում կատարվել է համակարգչային շերտագրությամբ կոլոնոգրաֆիա, կամ երբ 47 ամիս է անցել այն ամսից, երբ կատարվել է վերջին ճկուն սիգմոիդոսկոպիան կամ զննման կոլոնոսկոպիան: Հաստ աղիքի և ուղիղ աղիքի քաղցկեղի բարձր ռիսկ ունեցող հիվանդների դեպքում համակարգչային շերտագրությամբ կոլոնոգրաֆիայի համար վճարումը կարող է կատարվել, եթե առնվազն 23 ամիս է անցել այն ամսից, որի ընթացքում կատարվել է վերջին համակարգչային շերտագրությամբ կոլոնոգրաֆիան կամ վերջին զննման կոլոնոսկոպիան: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հաստ աղիքի և ուղիղ աղիքի քաղցկեղի զննում (շարունակություն) - Ճկուն սիգմոիդոսկոպիա 45 տարեկան և բարձր տարիքի հիվանդների համար: Յուրաքանչյուր 120 ամիսը մեկ կատարվող զննման կոլոնոսկոպիայի համար՝ բարձր ռիսկի խմբում չգտնվող հիվանդների համար: Վերջին ճկուն սիգմոիդոսկոպիայից կամ համակարգչային շերտագրությամբ կոլոնոգրաֆիայից 48 ամիս անց բարձր ռիսկի աստիճան ունեցող հիվանդների դեպքում: 45 տարեկան և բարձր տարիքի հիվանդների մոտ թաքնված արյան համար կղանքի զննման հետազոտություններ: 12 ամիսը մեկ անգամ: - Կղանքի բազմաթիրախային ԴՆԹ 45-ից 85 տարեկան հիվանդների համար, որոնք չեն համապատասխանում բարձր ռիսկի չափանիշներին: Երեք տարին մեկ անգամ: - Արյան վրա հիմնված կենսաբանական ցուցիչների թեստեր 45-ից 85 տարեկան հիվանդների համար և նրանց համար, ովքեր չեն համապատասխանում բարձր ռիսկի չափանիշներին: Երեք տարին մեկ անգամ: - Հաստ աղիքի և ուղիղ աղիքի քաղցկեղի զննման անալիզները ներառում են ստուգման նպատակով արվող զննման կոլոնոսկոպիա այն բանից հետո, երբ Medicare-ով ապահովագրված, ոչ ինվազիվ, կղանքի վրա հիմնված կոլոնոսկոպիա քաղցկեղի զննումը դրական արդյունք է ցույց տալիս: - Հաստ աղիքի և ուղիղ աղիքի քաղցկեղի զննման անալիզները ներառում են պլանավորված զննման ճկուն սիգմոիդոսկոպիա կամ զննման կոլոնոսկոպիա, որը ներառում է հյուսվածքների հեռացում կամ այլ խնդիր կամ բուժակարգ, որը կատարվում է դրա հետևանքով և նույն ժամանակ, ինչ զննման թեստը: <i>Կարող է պահանջվել ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդների համար Սնունդ և թարմ մթերքներ* Եթե համարվում եք իրավունակ, այս ծրագիրը ներառում է որոշակի քրոնիկ վիճակ(ներ) ունեցող անդամների սննդի և թարմ մթերքների նպաստը: Նպաստները ներառում են. • Ամեն եռամսյակը մեկ Ձեզ տրամադրվում է \$240 չափով ընդհանուր նպաստ՝ առողջ և սննդարար սնունդ ու թարմ մթերք (պայմաններին համապատասխանելու դեպքում), ինչպես նաև առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) պարագաներ ձեռք բերելու համար: • Դուք կարող եք ձեռք բերել իրավունակ սնունդ և մթերք տեղական մասնակից մանրածախ վաճառողներից, որոնք կօգնեն Ձեզ պահպանել առողջ սննդակարգը և աջակցել Ձեր սննդային կարիքներին: • Այս նպաստը չի կարող համակցվել Ձեր տարեկան \$1500 գումարի չափով դրամական օգնության հետ՝ Medicare-ի կողմից չապահովագրված լսողության ծառայությունների համար: • Այս նպաստն ուժի մեջ է մտնում յուրաքանչյուր եռամսյակի առաջին օրը (հունվարի 1, ապրիլի 1, հուլիսի 1 և հոկտեմբերի 1), և որևէ չօգտագործված նպաստ չի կարող փոխանցվել եռամսյակից եռամսյակ: • Երբ Դուք օգտվեք Ձեր եռամսյակային նպաստից, Դուք պատասխանատու եք Ձեր գնումների բոլոր ծախսերի համար, մինչև հաջորդ եռամսյակի սկիզբը: Այս նպաստը ստանալուն համապատասխանելու համար (ոչ բոլոր անդամներն են ընտրվելու), Դուք պետք է ունենաք հետևյալ քրոնիկ վճակներից առնվազն մեկը՝ • Ալկոհոլի օգտագործման քրոնիկ խանգարում և թմրանյութերի օգտագործման այլ խանգարումներ (SUD) Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդների համար (շարունակություն) • Աուտոիմուն խանգարումներ՝ ○ Հանգուցային պոլիարտերիտ ○ Ռևմատիկ պոլիմիալգիա ○ Պոլիմիոզիտ ○ Դերմատոմիոզիտ ○ Ռևմատոիդ արթրիտ ○ Համակարգային կարմիր գայլախտ ○ Պսորիատիկ արթրիտ ○ Սկլերոդերմա • Քաղցկեղ • Սրտանոթային խանգարումներ՝ ○ Սրտի առիթմիաներ ○ Կորոնար զարկերակի հիվանդություն ○ Պերիֆերիկ անոթային հիվանդություն ○ Սրտի փականի հիվանդություն • Սրտի քրոնիկ անբավարարություն • Դեմենցիա • Շաքարային դիաբետ • Ավելորդ քաշ, գիրություն և մետաբոլիկ համախտանիշ • Քրոնիկ ստամոքս-աղիքային հիվանդություն՝ ○ Լյարդի քրոնիկ հիվանդություն ○ Լյարդի ոչ ալկոհոլային ճարպային հիվանդություն (NAFLD) ○ Հեպատիտ B ○ Հեպատիտ C ○ Պանկրեատիտ ○ Գրգռված աղիքների համախտանիշ ○ Աղիքների բորբոքային հիվանդություն • Երկկամների քրոնիկ հիվանդություն (CKD)՝ ○ CKD, որը պահանջում է դիալիզ/Երկկամային հիվանդության վերջնական փուլ (ESRD) ○ CKD, որը դիալիզ չի պահանջում Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդների համար (շարունակություն) • Լուրջ հեմատոլոգիական խանգարումներ՝ ◦ Ապլաստիկ սակավարյունություն ◦ Արյունահոսականություն ◦ Իմունային թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա ◦ Միելոդիսպլաստիկ համախտանիշ ◦ Մանգաղաբջջային հիվանդություն (բացառությամբ մանգաղ-բջջային հատկանիշի) ◦ Քրոնիկ երակային թրոմբոէմբոլիկ խանգարում • ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ (HIV/AIDS) • Թոքերի քրոնիկ խանգարումներ՝ ◦ Ասթմա, քրոնիկ բրոնխիտ ◦ Ցիստիկ ֆիբրոզ ◦ Էմֆիզեմա ◦ Թոքերի ֆիբրոզ ◦ Թոքերի հիպերտոնիա ◦ Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն (COPD) • Հոգեկան առողջության քրոնիկ և հաշմանդամություն առաջացնող հիվանդություններ՝ ◦ Երկբևեռ խանգարումներ ◦ Լուրջ դեպրեսիվ խանգարումներ ◦ Պարանոիդ խանգարում ◦ Շիզոֆրենիա ◦ Շիզոաֆեկտիվ խանգարում ◦ Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում (PTSD) ◦ Սննդային վարքագծի խանգարումներ ◦ Տագնապային խանգարումներ • Նյարդաբանական խանգարումներ՝ ◦ Կողմնային ամիոտրոֆիկ սկլերոզ (ALS) ◦ Էպիլեպսիա Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդների համար (շարունակություն) ○ Ընդարձակ պարալիչ (այսինքն՝ հեմիպլեգիա, տետրապլեգիա, պարապլեգիա, մոնոպլեգիա) ○ Հանտինգտոնի հիվանդություն ○ Բազմակի սկլերոզ ○ Պարկինսոնի հիվանդություն ○ Պոլիոէնդրոպաթիա ○ Ֆիբրոմիալգիա ○ Քրոնիկ հոգնածության համախտանիշ ○ Ողնաշարի վնասվածքներ ○ Ողնաշարի ստենոզ ○ Կաթվածի հետ կապված նյարդաբանական դեֆիցիտ • Ուղեղի կաթված • Օրգանի փոխպատվաստմանը հաջորդող խնամք • Իմունային անբավարարություն և իմունոսուպրեսիվ խանգարումներ • Ճանաչողական խանգարման հետ կապված հիվանդություններ՝ ○ Ալցհեյմերի հիվանդություն ○ Մտավոր հաշմանդամություն և զարգացման հաշմանդամություն ○ Ուղեղի տրավմատիկ վնասվածքներ ○ Ճանաչողական խանգարման հետ կապված հոգեկան հիվանդության խանգարում ○ Երեխաների ճանաչողական խանգարում • Ֆունկցիոնալ խնդիրների հետ կապված հիվանդություններ, որոնք պահանջում են նմանատիպ ծառայություններ, ներառյալ՝ ○ Ողնաշարի վնասվածքներ ○ Պարալիչ ○ Վերջույթի կորուստ ○ Ուղեղի կաթված ○ Արթրիտ Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ քրոնիկ հիվանդների համար (շարունակություն) • Քրոնիկ հիվանդություններ, որոնք ազդում են տեսողության, լսողության (խլություն), համի, շոշափելիքի և հոտի վրա • Հիվանդություններ, որոնք պահանջում են շարունակական թերապիայի ծառայություններ՝ շարժունակությունը պահպանելու կամ վերականգնելու նպատակով Ծրագիրը կպարզի, թե արդյոք Դուք կարող եք ստանալ սննդի և թարմ մթերքների նպաստը՝ օգտագործելով Ձեր բժշկից ստացված տեղեկությունները կամ կապվելով Ձեր բժշկի հետ, որպեսզի նա տրամադրի համապատասխանող քրոնիկ հիվանդության (հիվանդությունների) մասին ստորագրված հայտարարություն: Դուք փոստով կստանաք Անդամների ուղեցույց Ձեր Flex քարտի հետ միասին: Flex քարտը ծախսման քարտ է, որն ունի համապատասխան նպաստներ, որոնք նախապես բեռնված են քարտի վրա, որպեսզի օգնեն վճարել ապահովագրված նպաստների համար: Ձեր Անդամների ուղեցույցը նկարագրելու է հասանելի նպաստները, որոնք նախապես բեռնված են Ձեր Flex քարտի վրա, ինչպես նաև որտեղ գտնել լրացուցիչ մանրամասներ Ձեր ապահովագրված նպաստների և Ձեր հաշվի կառավարման մասին: Այս նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-877-429-3245 [TTY՝ 711] հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ մանրամասների համար կարող եք նաև առցանց այցելել bscalflexbenefits.com կայքը: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
 Հեպատիտ C վիրուսի վարակի զննում Մենք ապահովագրում ենք մեկ Հեպատիտ C-ի զննում, եթե Ձեր առաջնային խնամքի բժիշկը կամ այլ որակավորված առողջական խնամքի մատակարարը պատվիրում է այն, և Դուք բավարարում եք հետևյալ պայմաններից մեկին. • Դուք բարձր ռիսկի տակ եք, քանի որ օգտագործում եք կամ օգտագործել եք անօրինական ներարկման դեղեր: • Դուք արյան փոխներարկում եք կատարել մինչև 1992 թվականը: • Դուք ծնվել եք 1945-ից մինչև 1965թթ. շրջանում: Եթե Դուք ծնվել եք 1945-ից մինչև 1965թթ. շրջանում և բարձր ռիսկ կրող չեք համարվում, մենք զննման համար վճարում ենք մեկ անգամ: Եթե Դուք բարձր ռիսկի տակ եք (օրինակ՝ շարունակել եք օգտագործել անօրինական ներարկման դեղեր Ձեր նախորդ Հեպատիտ C-ի սքրինինգի բացասական պատասխանից հետո), մենք ապահովագրում ենք տարեկան զննումները:	\$0
Հիվանդանոցային ամբուլատոր դիտարկում Մենք վճարում ենք հիվանդանոցային ամբուլատոր դիտարկման ծառայությունների համար՝ որոշելու, թե արդյոք Ձեզ անհրաժեշտ է ընդունվել որպես ստացիոնար հիվանդ, թե Դուք կարող եք դուրս գրվել: Ծառայությունները պետք է համապատասխանեն Medicare-ի չափանիշներին և համարվեն ողջամիտ և անհրաժեշտ: Դիտարկման ծառայություններն ապահովագրվում են միայն այն դեպքում, երբ դրանք տրամադրվում են բժշկի կամ այլ անձի հրամանով, որը լիազորված է նահանգային օրենքով և հիվանդանոցի անձնակազմի կողմից՝ օրենքով սահմանված կարգով հիվանդներին հիվանդանոց ընդունելու կամ ամբուլատոր թեստեր պատվիրելու համար: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հիվանդանոցային ամբուլատոր դիտարկում (շարունակություն) Նշում. Եթե մատակարարը հրաման չի ներկայացրել Ձեզ՝ որպես ստացիոնար հիվանդ հիվանդանոց ընդունելու համար, Դուք ամբուլատոր հիվանդ եք: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, Դուք դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ: Եթե վստահ չեք, թե արդյոք ամբուլատոր հիվանդ եք, հարցրեք հիվանդանոցի անձնակազմին: Ավելի շատ տեղեկություններ ստացեք Medicare-ի <i>h</i> «Medicare Հիվանդանոցային նպաստներ» տեղեկատվական թերթիկից, որը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf <i>Կարող է պահանջվել ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	
Հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություններ Մենք վճարում ենք բժշկականորեն անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք Դուք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում՝ հիվանդության կամ վնասվածքի ախտորոշման կամ բուժման համար, ինչպիսիք են՝ • Ծառայություններ շտապ օգնության բաժանմունքում կամ ամբուլատոր կլինիկայում, ինչպիսիք են ամբուլատոր վիրաբուժությունը կամ դիտարկման ծառայությունները • Լաբորատոր և ախտորոշիչ անալիզներ, որոնց համար հաշիվ է ներկայացվում հիվանդանոցի կողմից • Հոգեկան առողջության խնամք, ներառյալ խնամքը մասնակի հոսպիտալացման ծրագրում, եթե բժիշկը հավաստի, որ առանց դրա ստացիոնար բուժումը անհրաժեշտ կլինի Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություններ (շարունակություն) • Ռենտգեն և ռադիոլոգիայի այլ ծառայություններ, որոնք վճարվում են հիվանդանոցի կողմից • Բժշկական պարագաներ, ինչպիսիք են բեկակալները և գիպսերը • Որոշ դեղեր և կենսաբանական նյութեր, որոնք Դուք չեք կարող ինքնուրույն ընդունել <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	
Հիվանդանոցում ստացիոնար մնալը. Ապահովագրված ծառայություններ հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում (SNF) ոչ ապահովագրված ստացիոնար մնալու ընթացքում Մենք չենք վճարում Ձեր ստացիոնարում մնալու համար, եթե Դուք օգտագործել եք Ձեր ամբողջ ստացիոնար նպաստը, կամ եթե մնալը ողջամիտ և բժշկականորեն անհրաժեշտ չէ: Սակայն, որոշ իրավիճակներում, երբ ստացիոնար խնամքն ապահովագրված չէ, մենք կարող ենք վճարել այն ծառայությունների համար, որոնք Դուք ստանում եք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական հաստատությունում գտնվելու ժամանակ: Հավելյալ տեղեկությունների համար դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է, նաև ստորև չնշված այլ ծառայությունների համար • բժշկի ծառայություններ • ախտորոշիչ թեստեր, ինչպիսիք են լաբորատոր անալիզները • ռենտգեն, ռադիում և իզոտոպային թերապիա, ներառյալ մասնագետի նյութեր և ծառայություններ Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հիվանդանոցում ստացիոնար մնալը. Ապահովագրված ծառայություններ հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում (SNF) ոչ ապահովագրված ստացիոնար մնալու ընթացքում (շարունակություն) - վիրաբուժական վիրակապեր - բեկակալներ, գիպսային վիրակապ և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և տեղահանումների համար - պրոթեզավորում և օրթեզային սարքեր, բացառությամբ ատամնաբուժական, ներառյալ նման սարքերի փոխարինումը կամ վերանորոգումը: Սրանք սարքեր են, որոնք փոխարինում են հետևյալն ամբողջությամբ կամ մի մասը՝ - մարմնի ներքին օրգան (ներառյալ հարակից հյուսվածք) կամ - մարմնի չաշխատող կամ անառողջ ներքին օրգանի ֆունկցիա: - ոտքերի, ձեռքերի, մեջքի և պարանոցի բրեկետներ, հիմքեր և արհեստական ոտքեր, ձեռքեր և աչքեր: Սա ներառում է ճշգրտումներ, վերանորոգումներ և փոխարինումներ, որոնք անհրաժեշտ են կոտրվելու, մաշվածության, կորստի կամ Ձեր առողջական խնդրի փոփոխության պատճառով - ֆիզիկական թերապիա, խոսքի թերապիա և աշխատանքային թերապիա <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հմուտ բուժքույրական հաստատության (SNF) խնամք Հմուտ խնամքի հաստատության խնամքի սահմանման համար անցեք Գլուխ 12: Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է, նաև ստորև չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • կիսաանձնական սենյակ (կամ բժշկական անհրաժեշտության դեպքում՝ առանձնասենյակ) • սնունդ, ներառյալ հատուկ սննդակարգեր • հմուտ բուժքույրական ծառայություններ • ֆիզիկական թերապիա, աշխատանքային թերապիա և խոսքի թերապիա • դեղեր, որոնք Դուք ստանում եք որպես Ձեր խնամքի ծրագրի մաս, ներառյալ նյութերը, որոնք բնականաբար գտնվում են մարմնում, ինչպիսիք են արյան մակարդման գործոնները • արյուն, ներառյալ պահեստավորում և օգտագործում • SNF-ների կողմից տրամադրված բժշկական և վիրաբուժական պարագաներ • SNF-ների կողմից տրամադրված լաբորատոր թեստեր • ռենտգեն և ռադիոլոգիայի այլ ծառայություններ, որոնք մատուցվում են բուժքույրական հաստատություններում • սարքեր, ինչպիսիք են անվասայլակները, որոնք սովորաբար տրամադրվում են ծերնացների կողմից • բժշկի/մատակարարի ծառայություններ Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հմուտ բուժքույրական հաստատության (SNF) խնամք (շարունակություն) Դուք սովորաբար SNF խնամք եք ստանում ցանցային հաստատություններից: Որոշակի պայմաններում Դուք կարող եք ստանալ Ձեր խնամքը մեր ցանցում չգտնվող հաստատությունից: Դուք կարող եք խնամք ստանալ հետևյալ վայրերից, եթե նրանք ընդունեն մեր ծրագրի վճարման գումարները • խնամքի հաստատություն կամ շարունակական խնամքի կենսաթոշակառուների համայնք, որտեղ Դուք ապրում էիք նախքան հիվանդանոց գնալը (քանի դեռ այն խնամք է տրամադրում) • խնամքի հաստատություն, որտեղ Ձեր ամուսինը կամ գույժընկերն ապրում է այն պահին, երբ Դուք հեռանում եք հիվանդանոցից <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	
Հոսփիսի խնամք Դուք իրավունք ունեք ընտրելու հոսփիսը, եթե Ձեր մատակարարը և հոսփիսի բժշկական տնօրենը որոշեն, որ Դուք վերջնական փուլի հիվանդության կանխատեսում ունեք: Սա նշանակում է, որ Դուք ունեք մահացու հիվանդություն և ակնկալվում է, որ Դուք կունենաք վեց կամ ավելի պակաս ամսվա կյանք: Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ի կողմից վկայագրված ցանկացած հոսփիսային ծրագրից: Մեր ծրագիրը պետք է օգնի Ձեզ գտնել Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսփիսային ծրագրեր՝ ծրագրի սպասարկման տարածքում, ներառյալ այն ծրագրերը, որոնք մենք ունենք, վերահսկում ենք կամ ֆինանսական հետաքրքրություն ունենք դրանցում: Ձեր հոսփիսի բժիշկը կարող է լինել ցանցի մատակարար կամ արտացանցային մատակարար: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	Երբ Դուք գրանցվում եք Medicare-ի կողմից վկայագրված հոսփիս ծրագրում, Ձեր հոսփիսի ծառայությունները և Ձեր Մաս A և Մաս B ծառայությունները, որոնք կապված են Ձեր վերջնական փուլի հիվանդության հետ, վճարվում են Original Medicare-ի, այլ ոչ թե Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կողմից:



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հոսփիսի խնամք (շարունակություն) Ապահովագրված ծառայություններն ընդգրկում են՝ • դեղեր՝ ախտանշանները և ցավը բուժելու համար • խնամակալի կարճաժամկետ հանգիստ • տանը մատուցվող խնամք Երբ Դուք ընդունվում եք հոսփիս, Դուք իրավունք ունեք մնալ մեր ծրագրում: Հոսփիսի ծառայությունների և Medicare Մաս A-ի կամ Medicare Մաս B-ի կողմից ապահովագրվող այն ծառայությունների համար, որոնք կապված են Ձեր վերջնական փուլի հիվանդության հետ, հաշիվը ներկայացվում է Medicare-ին. • Original Medicare-ը (ավելի շուտ, քան մեր ծրագիրը) կվճարի Ձեր հոսփիսի մատակարարին Ձեր հոսփիսի ծառայությունների և Մաս A կամ Մաս B ցանկացած ծառայության համար, որը կապված են Ձեր մահացու հիվանդության հետ: Քանի դեռ Դուք հոսփիսի ծրագրում եք, Ձեր հոսփիսի մատակարարը Original Medicare-ին հաշիվ կներկայացնի այն ծառայությունների համար, որոնց համար վճարում է Original Medicare-ը: Ծառայությունների համար, որոնք ապահովագրված են մեր ծրագրով, բայց չեն փոխհատուցվում Medicare Մաս A-ով կամ Medicare Մաս B-ով. • Մեր ծրագիրն ընդգրկում է ծառայություններ, որոնք չեն ապահովագրվում Medicare Մաս A-ով կամ Medicare Մաս B-ով: Մենք ապահովագրում ենք ծառայություններն՝ անկախ այն բանից, որ դրանք վերաբերում են Ձեր մահացու կանխատեսմանը, թե ոչ: Դուք ոչինչ չեք վճարում այս ծառայությունների համար: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0 հոսփիսի խորհրդատվական ծառայությունների համար (միայն մեկ անգամ)



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հոսփիսի խնամք (շարունակություն) Դեղերի համար, որոնք կարող են ապահովագրվել մեր ծրագրի Medicare Մաս D նպաստով. Դեղերը երբեք միաժամանակ չեն ապահովագրվում և՛ հոսփիսի, և՛ մեր ծրագրի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս <i>Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը</i>: Նշում. Եթե Դուք լուրջ հիվանդություն ունեք, կարող եք իրավասու լինել ցավամոքիչ խնամքի համար, որն ապահովում է թիմի վրա հիմնված հիվանդի և ընտանիքի վրա կենտրոնացված խնամք՝ Ձեր կյանքի որակը բարելավելու համար: Կարող եք ցավամոքիչ խնամք ստանալ բուժիչ/կանոնավոր խնամքի հետ միաժամանակ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք ծանոթանալ ստորև առկա Պալիատիվ խնամքի բաժնին: Նշում. Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ոչ հոսփիսային խնամք, զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին և/կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ հոսփիսային խնամքն այն խնամքն է, որը կապված չէ Ձեր վերջնական փուլի հիվանդության հետ: Մեր ծրագիրը ներառում է հոսփիսի խորհրդատվական ծառայությունները (միայն մեկ անգամ) անբուժելի հիվանդ անդամի համար, որը չի ընտրել հոսփիսի նպաստը: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Հրատապ անհրաժեշտ խնամք Հրատապ անհրաժեշտ խնամքը բուժում է՝ • ոչ արտակարգ իրավիճակ, որը պահանջում է անհապաղ բժշկական օգնություն, կամ • անսպասելի հիվանդություն, կամ • վնասվածք, կամ • պայման, որն անհապաղ խնամքի կարիք ունի: Եթե Դուք հրատապ խնամքի կարիք ունեք, նախ պետք է փորձեք այն ստանալ ցանցի մատակարարից: Սակայն, Դուք կարող եք օգտվել արտացանցային մատակարարից, երբ Դուք չեք կարող հասնել ցանցի մատակարարին, քանի որ հաշվի առնելով Ձեր ժամանակը, վայրը կամ հանգամանքները, հնարավոր չէ կամ անհիմն է այս ծառայությունը ստանալ ցանցի մատակարարներից (օրինակ, երբ Դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, և Ձեզ անհրաժեշտ են բժշկական շտապ ծառայություններ չհետազոտված խնդրի դեպքում, սակայն դա բժշկական արտակարգ իրավիճակ չէ): Ապահովագրություն աշխարհով մեկ* Դուք չունեք United States-ից և նրա տարածքներից դուրս շտապ օգնության կամ հրատապ անհրաժեշտ ծառայությունների համար տարեկան սահմանաչափ, որը չի կիրառվում ծրագրի առավելագույն սահմանաչափի նկատմամբ: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	\$0 20% համաապահովագրություն ամբողջ աշխարհում հրատապ օգնության ապահովագրության համալ (չի կիրառվում, եթե նույն առողջական խնդրի պատճառով հոսպիտալացվում եք մեկ օրվա ընթացքում):
 Ճարպակալության գնում և թերապիա՝ քաշը նվազեցնելու և պահպանելու համար Եթե Ձեր մարմնի զանգվածի ինդեքսը 30 կամ ավելի է, մենք վճարում ենք խորհրդատվության համար, որը կօգնի Ձեզ նիհարել: Դուք պետք է խորհրդատվություն ստանաք առաջնային խնամքի միջավայրում: Այդ կերպ այն կարելի է կառավարել Ձեր ամբողջական կանխարգելման ծրագրով: Զրուցեք Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի հետ՝ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ և ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայություններ Մասնակի հոսպիտալացումն ակտիվ հոգեբուժական բուժման համակարգված ծրագիր է: Այն առաջարկվում է որպես հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություն կամ համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնի կողմից, որն ավելի ինտենսիվ է, քան այն խնամքը, որը Դուք ստանում եք Ձեր բժշկի, թերապևտի, ամուսնության և ընտանեկան արտոնագրված թերապևտի (LMFT) կամ արտոնագրված մասնագետ խորհրդատուի գրասենյակում: Դա կարող է օգնել Ձեզ խուսափել հիվանդանոցում մնալուց: Ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայությունը վարքագծային (հոգեկան) առողջության ակտիվ բուժման կառուցվածքային ծրագիր է, որը տրամադրվում է որպես հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություն հոգեկան առողջության համայնքային կենտրոնում, դաշնային որակավորված առողջապահան կենտրոնում կամ քաղաքային առողջապահական կլինիկայում, և ավելի ինտենսիվ է, քան այն խնամքը, որը Դուք ստանում եք Ձեր բժշկի կամ թերապևտի, LMFT-ի կամ արտոնագրված մասնագետ խորհրդատուի ընդունարանում, բայց ավելի քիչ ինտենսիվ է, քան մասնակի հոսպիտալացումը: Նշում. քանի որ մեր ցանցում չկան հոգեկան առողջության համայնքային կենտրոններ, մենք մասնակի հոսպիտալացումն ապահովագրում ենք միայն որպես հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություն: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	ՄԻԱՎ կանխարգելման նախնական պրոֆիլակտիկա (PrEP) Եթե Դուք չունեք ՄԻԱՎ, բայց Ձեր բժիշկը կամ առողջական խնամքի այլ մատակարար որոշում է, որ Դուք ՄԻԱՎ-ի ավելի մեծ վտանգի տակ եք, մենք ապահովագրում ենք վարակի կանխարգելման նախնական պրոֆիլակտիկայի (PrEP) համար նախատեսված դեղը և հարակից ծառայությունները: Եթե Դուք ընտրվեք, ապահովագրված ծառայությունները կներառեն՝ • FDA-ի կողմից հաստատված՝ խմելու միջոցով կամ ներարկման համար նախատեսված PrEP դեղամիջոց, ներառյալ դեղը ներարկելու վճարը, եթե կիրառելի է: • Յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ՝ մինչև ութ անհատական խորհրդատվություն (ներառյալ՝ ՄԻԱՎ-ի ռիսկի գնահատումը, ՄԻԱՎ-ի ռիսկի նվազեցումը և դեղերի շարունակական ընդունումը): • ՄԻԱՎ-ի մինչև ութ սքրինինգ՝ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ: • Հեպատիտ B վիրուսի մեկանգամյա զննում:	\$0
	ՄԻԱՎ-ի զննում Մենք վճարում ենք ՄԻԱՎ-ի զննման համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ՝ այն անձանց համար, ովքեր՝ • խնդրում են ՄԻԱՎ-ի զննում կամ • ՄԻԱՎ վարակի բարձր ռիսկի տակ են: Եթե Դուք հղի եք, մենք վճարում ենք հղիության ընթացքում ՄԻԱՎ-ի մինչև երեք զննման համար: Մենք նաև վճարում ենք ՄԻԱՎ-ի լրացուցիչ զննում(ներ)ի համար, երբ առաջարկվում է Ձեր մատակարարի կողմից:	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ		Ինչ եք վճարում
	Շագանակագեղձի քաղցկեղի զննման ստուգումներ 50 և ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց համար մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար 12 ամիսը մեկ անգամ՝ • ուղիղ աղիքի թվային հետազոտություն • շագանակագեղձի հատուկ հակագեղձի (PSA) թեստ	\$0
	Շաքարախտի զննում Մենք վճարում ենք այս զննման համար (ներառյալ՝ առավոտյան առանց ուտելու գլյուկոզայի ստուգման թեստեր), եթե ունեք հետևյալ ռիսկային գործոններից որևէ մեկը՝ • արյան բարձր ճնշում (հիպերտենզիա) • խոլեստերինի և տրիգլիցերիդների նորմայից շեղվող մակարդակների պատմություն (դիալիպիդեմիա) • ճարպակալում • արյան բարձր շաքարի (գլյուկոզա) պատմություն Թեստերը կարող են ապահովագրվել որոշ այլ դեպքերում, օրինակ, եթե Դուք ավելորդ քաշ ունեք և ունեք շաքարախտի ընտանեկան պատմություն: Դուք կարող եք իրավունք ունենալ 12 ամսվա ընթացքում մինչև երկու շաքարախտի զննում անցնելու, որը հաշվարկվում է Ձեր վերջին շաքարախտի զննման օրվանից:	\$0



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Շաքարախտով հիվանդների ինքնակառավարման ուսուցում, ծառայություններ և պարագաներ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար բոլոր այն մարդկանց համար, որոնք ունեն շաքարախտ (անկախ նրանից՝ նրանք օգտագործում են ինսուլին, թե ոչ)։ • Ձեր արյան գլյուկոզայի մակարդակը վերահսկելու համար նախատեսված պարագաներ, ներառյալ հետևյալը ○ արյան գլյուկոզայի մոնիտոր ○ արյան գլյուկոզայի ստուգման երիզներ ○ նշտար սարքեր և նշտարներ ○ գլյուկոզայի վերահսկման լուծույթներ ստուգման երիզների և մոնիտորների ճշգրտությունը ստուգելու համար • Շաքարախտով հիվանդ մարդկանց համար, ովքեր ունեն ծանր շաքարախտային ոտնաթաթի հիվանդություն, մենք վճարում ենք հետևյալի համար ○ մեկ գույգ թերապևտիկ հատուկ ձևավորված կոշիկ (ներառյալ ներդիրները), ներառյալ հարմարեցումները, և երկու լրացուցիչ գույգ ներդիր յուրաքանչյուր օրացուցային տարի, կամ ○ մեկ գույգ խոր կոշիկ, ներառյալ հարմարեցումները, և երեք գույգ ներդիր ամեն տարի (չհաշված նման կոշիկների հետ տրամադրվող ոչ հարմարեցված շարժական ներդիրները) • Որոշ դեպքերում մենք վճարում ենք վերապատրաստման համար օգնելու Ձեզ կառավարել Ձեր շաքարախտը։ Հավելյալ տեղեկությունների համար դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի։ Ստուգման երիզների և արյան գլյուկոզայի մոնիտորների համար նախընտրելի արտադրողը Abbott-ն է։ FreeStyle® (պատրաստված Abbott-ի կողմից) ստուգման երիզները ու արյան գլյուկոզայի մոնիտորները չեն պահանջում Ձեր բժշկին նախնական հաստատում ստանալ (երբեմն կոչվում է «նախօրոք լիազորում») ծրագրից։ Բոլոր մյուս արտադրողների ստուգման երիզները և արյան գլյուկոզայի մոնիտորները Ձեր բժշկին կպահանջեն նախօրոք հաստատում ստանալ ծրագրից (երբեմն կոչվում է «նախօրոք լիազորում»)։ Գլյուկոզայի շարունակական մոնիտորներն ու պարագաները (այսինքն՝ ոսպնյակները/սարքերը) պահանջում են նախօրոք լիազորում։ <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է։</i>	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Շտապ օգնություն Շտապ օգնություն նշանակում է ծառայություններ, որոնք՝ - մատուցվում են մատակարարի կողմից, որը վերապատրաստվել է շտապ օգնության ծառայություններ մատուցելու համար, - անհրաժեշտ են բժշկական արտակարգ իրավիճակը գնահատելու կամ բուժելու համար: Բժշկական արտակարգ իրավիճակը հիվանդություն, վնասվածք, սուր ցավ կամ առողջական վիճակ է, որն արագորեն վատանում է: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե դրան անմիջապես բժշկական միջամտություն չցուցաբերվի, Դուք կամ առողջապահական և բժշկական միջին մակարդակի գիտելիքների տեր որևէ անձ կարող է ենթադրել, որ այն՝ - լուրջ վտանգ է ներկայացնում Ձեր կամ Ձեր չճնված երեխայի առողջության համար, կամ - մարմնի գործառույթի լուրջ վնասի, կամ - մարմնի որևէ օրգանի լուրջ դիսֆունկցիա կամ - վերջույթի կամ վերջույթի ֆունկցիայի կորուստ: - Հղի կնոջ դեպքում ակտիվ ծննդաբերության ընթացքում, երբ. - Մինչև ծննդաբերությունը բավարար ժամանակ չկա, որպեսզի Ձեզ անվտանգ տեղափոխեն մեկ այլ հիվանդանոց: - Այլ հիվանդանոց փոխադրումը կարող է Ձեր կամ Ձեր չճնված երեխայի առողջության կամ անվտանգության համար սպառնալիք ներկայացնել: Ապահովագրություն աշխարհով մեկ* Դուք չունեք United States-ից և նրա տարածքներից դուրս շտապ օգնության կամ հրատապ անհրաժեշտ ծառայությունների համար տարեկան սահմանաչափ: *Ծառայությունները United States-ից և նրա տարածքներից դուրս չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից կատարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	\$0 Եթե Դուք շտապ օգնություն եք ստանում արտացանցային հիվանդանոցում և Ձեր վիճակի կայունացումից հետո ստացիոնար բուժման կարիք ունեք, Դուք պետք է ծրագրի հաստատում ստանաք ստացիոնար բուժման համար 20% համաապահովագրություն ամբողջ աշխարհում օգնության ապահովագրության համար (չի կիրառվում, եթե նույն առողջական խնդրի պատճառով հոսպիտալացվում եք մեկ օրվա ընթացքում):



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Շտապօգնության փոխադրման ծառայություններ Շտապօգնության փոխադրման ապահովագրված ծառայությունները՝ արտակարգ իրավիճակի կամ ոչ արտակարգ իրավիճակի դեպքում, ներառում են ցամաքային և օդային (ինքնաթիռ և ուղղաթիռ) փոխադրումը: Շտապօգնության փոխադրումը Ձեզ կտեղափոխի մոտակա վայրը, որտեղ Ձեզ կարող են օգնություն տրամադրել: Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ խնամքի վայր հասնելու այլ եղանակները կարող են վտանգել Ձեր առողջությունը կամ կյանքը: Այլ դեպքերի համար (ոչ հրատապ) շտապօգնության փոխադրման ծառայությունները պետք է հաստատվեն մեր կողմից: Այն դեպքերի համար, որոնք արտակարգ իրավիճակներ չեն, մենք կարող ենք վճարել շտապօգնության փոխադրման համար: Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ խնամքի վայր հասնելու այլ եղանակները վտանգ ներկայացնեն Ձեր կյանքի կամ առողջության համար: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0
	Ոսկրի խտության զանգվածի չափում Մենք վճարում ենք որոշակի ընթացակարգերի համար այն անդամների համար, ովքեր որակավորում են (սովորաբար, ոսկրային խտության զանգվածը կորցնելու կամ օստեոպորոզի վտանգի տակ գտնվող որևէ մեկը): Այս ընթացակարգերը բացահայտում են ոսկրային զանգվածը, հայտնաբերում ոսկրային կորուստ կամ պարզում ոսկրի որակը: Մենք վճարում ենք ծառայությունների համար 24 ամիսը մեկ կամ ավելի հաճախ, եթե բժշկականորեն անհրաժեշտ է: Մենք նաև վճարում ենք բժշկին՝ արդյունքները նայելու և մեկնաբանելու համար:	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ուտնաբուժական ծառայություններ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • ուտնաբաթի վնասվածքների և հիվանդությունների ախտորոշում և բժշկական կամ վիրաբուժական խնամք (օրինակ՝ մուրճանման մատ կամ կրունկների շպոր) • Ոտքերի ընթացիկ խնամք՝ ոտքերի վրա ազդող խնդիրներ ունեցող անդամների համար, ինչպիսին է շաքարախտի • ընթացիկ (Medicare-ի կողմից չապահովագրված) ոտքերի խնամքն* ապահովագրում է հետևյալը՝ ○ կոշտուկների կտրում կամ հեռացում ○ եղունգները հավասարեցնելը, կտրելը, ախտահանումը *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում: <i>Ուղեգիր կ'հարող է պահանջվել ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0
 Որովայնային աորտայի անևրիզմալի զննում Մենք վճարում ենք ռիսկային խմբի մեկանգամյա ուլտրաձայնային զննման համար: Մեր ծրագիրն ապահովագրում է այս զննումը միայն այն դեպքում, եթե Դուք ունեք որոշակի ռիսկային գործոններ, և եթե դրա համար ուղեգիր եք ստանում Ձեր բժշկից, բժշկի օգնականից (PA), բուժքույրից (NP) կամ կլինիկական մասնագետ բուժքույրից:	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS) CBAS-ն ամբուլատոր, հաստատությունների վրա հիմնված սպասարկման ծրագիր է, որտեղ մարդիկ հաճախում են ըստ ժամանակացույցի: Այն տրամադրում է հմուտ բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, թերապիաներ (ներառյալ աշխատանքային, ֆիզիկական և խոսքի), անձնական խնամք, ընտանիքի անդամի/խնամակալի վերապատրաստում և աջակցություն, սննդային ծառայություններ, փոխադրումներ և այլ ծառայություններ: Մենք վճարում ենք CBAS-ի համար, եթե Դուք համապատասխանում եք իրավասության չափանիշներին: CBAS-ի իրավասության հետ կապված օգնություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր Blue Shield Խնամքի համակարգողին 1-888-548-5765 հեռախոսահամարով, 08:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Այս հեռախոսազանգն անվճար է: Նշում. եթե CBAS-ի հաստատությունը հասանելի չէ, մենք կարող ենք այդ ծառայությունները տրամադրել առանձին:	\$0
Պալիատիվ խնամք Պալիատիվ խնամքն ապահովագրված է մեր ծրագրի կողմից: Պալիատիվ խնամքը լուրջ հիվանդություն ունեցող մարդկանց համար է: Այն ենթադրում է հիվանդի և ընտանիքի վրա կենտրոնացված խնամք, որը բարելավում է կյանքի որակը՝ հաշվարկելով, կանխարգելելով և մեղմելով տառապանքը: Պալիատիվ խնամքը հոսփիս չէ, հետևաբար պարտավոր չէք ունենալ վեց ամիս կամ ավելի քիչ ապրելու ակնկալիք՝ պալիատիվ խնամք ստանալու համար: Պալիատիվ խնամքը մատուցվում է բուժիչ/կանոնավոր խնամքի հետ միաժամանակ: Պալիատիվ խնամքը ներառում է հետևյալը՝ • խնամքի նախնական պլանավորում • պալիատիվ խնամքի գնահատում և խորհրդատվություն • խնամքի ծրագիր՝ ներառյալ բոլոր լիազորված պալիատիվ և բուժիչ խնամքը, ներառյալ հոգեկան առողջությունը և բժշկական սոցիալական ծառայությունները Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
Պալիատիվ խնամք (շարունակություն) • ծառայություններ Ձեր նշանակված խնամքի թիմից • խնամքի համակարգում • ցավի և ախտանիշների կառավարում Դուք չեք կարող միաժամանակ ստանալ հոսփիսի խնամք և պալիատիվ խնամք, եթե 21 տարեկանից բարձր եք: Եթե Դուք ստանում եք պալիատիվ խնամք և համապատասխանում եք անբուժելի հիվանդների համար նախատեսված խնամք ստանալու չափանիշներին, կարող եք ցանկացած պահի խնդրել անցնել անբուժելի հիվանդների համար նախատեսված խնամքի:	
 Պատվաստումներ Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • թոքաբորբի պատվաստումներ • գրիպիդեմ սրսկումներ, աշնանը և ձմռանը գրիպի յուրաքանչյուր սեզոնի ընթացքում մեկ անգամ, իսկ բժշկական անհրաժեշտության դեպքում՝ գրիպի դեմ լրացուցիչ սրսկումներով • հեպատիտ B-ի դեմ պատվաստում, եթե Դուք երբեք չեք ստացել ամբողջական շարք, չգիտեք Ձեր պատվաստման պատմությունը կամ ունեք որևէ այլ խնդիր, որը Ձեզ դնում է հեպատիտ B-ով հիվանդանալու բարձր կամ միջին ռիսկի տակ • COVID-19-ի դեմ պատվաստումներ • մարդու պապիլոմավիրուսի (HPV) պատվաստումներ • այլ պատվաստումներ, եթե Դուք վտանգի տակ եք, և դրանք համապատասխանում են Medicare Մաս B-ի ապահովագրության կանոններին Մենք վճարում ենք այլ պատվաստումների համար, որոնք համապատասխանում են Medicare Մաս D-ի ապահովագրության կանոններին: Տե՛ս այս <i>Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 6-ը</i>՝ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար: Մենք նաև վճարում ենք մեծահասակների համար նախատեսված բոլոր պատվաստումների համար, ինչպես առաջարկվում է Իմունիզացիայի գործելակերպերի խորհրդատվական հանձնաժողովի (ACIP) կողմից:	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Պրոթեզային և օրթեզային սարքեր և հարակից պարագաներ Պրոթեզային սարքերը փոխարինում են մարմնի մասը կամ ֆունկցիան՝ ամբողջությամբ կամ մասամբ: Սրանք ներառում, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ • պրոթեզների և օրթոպեդիկ սարքերի օգտագործման թեստավորում, հարմարեցում կամ վերապատրաստում • կոլոստոմիայի պարկեր և կոլոստոմիայի խնամքի հետ կապված պարագաներ • էնտերալ և պարենտերալ սնուցում, ներառյալ կերակրման պարագաներ, ներարկման պոմպ, խողովակ և ադապտեր, լուծույթներ և ինքնակառավարվող ներարկումների պարագաներ • սրտի զարկատու սարքեր • բրեկետներ • պրոթեզային կոշիկներ • արհեստական ձեռքեր և ոտքեր • կրծքի պրոթեզներ (ներառյալ մաստէկտոմիայից հետո վիրաբուժական կրծկալ) • պրոթեզներ՝ փոխարինելու դեմքի մարմնի արտաքին մասի ամբողջը կամ մի մասը, որը հեռացվել կամ վնասվել է հիվանդության, վնասվածքի կամ բնածին արատների հետևանքով • անմիզապահության քսուք և տակդիրներ Մենք վճարում ենք պրոթեզային և օրթեզային սարքերի հետ կապված որոշ պարագաների համար: Մենք վճարում ենք նաև պրոթեզային և օրթեզային սարքերի վերանորոգման կամ փոխարինման համար: Մենք առաջարկում ենք որոշակի ապահովագրություն կատարակտի հեռացումից կամ կատարակտի վիրահատությունից հետո: Մանրամասների համար ուսումնասիրեք «Տեսողության խնամք» բաժինը այս աղյուսակում: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
 Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI) զննում և խորհրդատվություն Մենք վճարում ենք քլամիդիայի, գոնորեայի, սիֆիլիսի և հեպատիտ B-ի զննումների համար: Այս զննումներն ապահովագրվում են հղի կանանց և այն մարդկանց համար, որոնք ունեն սեռավարակով վարակվելու մեծ ռիսկ: Առաջնային խնամքի մատակարարը պետք է պատվիրի թեստերը: Մենք ապահովագրում ենք այս թեստերը 12 ամիսը մեկ կամ հղիության որոշակի ժամանակահատվածներում: Մենք նաև վճարում ենք մինչև երկու դեմ առ դեմ, բարձր ինտենսիվության վարքագծային խորհրդատվության համար ամեն տարի սեռական ակտիվ չափահասների համար, ովքեր ունեն սեռավարակներով վարակվելու մեծ ռիսկ: Յուրաքանչյուր սեանս կարող է տևել 20-ից 30 րոպե: Մենք վճարում ենք այս խորհրդատվական սեանսների համար որպես կանխարգելիչ ծառայություն միայն այն դեպքում, եթե տրամադրվում է առաջնային խնամքի մատակարարի կողմից: Սեանսները պետք է անցկացվեն առաջնային խնամքի պայմաններում, օրինակ՝ բժշկի գրասենյակում:	\$0
Մննդի առաքում տուն* Ստացիոնար հիվանդանոցից կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունից դուրս գրվելուց հետո մենք ապահովագրում ենք հետևյալը • 22 ճաշեր և 10 նախուտեստ մեկ դուրսգրման համար • Ճաշերն ու նախուտեստներն, ըստ անհրաժեշտության, կբաժանվեն մինչև երկու առանձին առաքումների • Ապահովագրությունը ներառում է միայն տարեկան երկու դուրսգրում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին (հեռախոսահամարները տպված են այս փաստաթղթի հետևի շապիկին): *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	\$0 յուրաքանչյուր ծածկված ճաշի տուն առաքման համար

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ստացիոնար ծառայություններ հոգեբուժարանում Մենք վճարում ենք հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների համար, որոնք պահանջում են հիվանդանոցում մնալ: • Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են ստացիոնար ծառայություններ առանձին հոգեբուժարանում, մենք վճարում ենք առաջին 190 օրվա համար: Դրանից հետո տեղական վարչաշրջանի հոգեկան առողջության գործակալությունը վճարում է բժշկականորեն անհրաժեշտ ստացիոնար հոգեբուժական ծառայությունների համար: 190 օրից ավելի խնամքի լիազորումը համաձայնեցվում է վարչաշրջանի հոգեկան առողջության տեղական գործակալության հետ: ○ 190-օրյա սահմանաչափը չի տարածվում ընդհանուր հիվանդանոցի հոգեբուժական բաժանմունքում մատուցվող ստացիոնար հոգեկան առողջության ծառայությունների վրա: • Եթե Դուք 65 տարեկան եք կամ ավելի բարձր տարիքի, մենք վճարում ենք Հոգեկան հիվանդությունների ինստիտուտում (IMD) ստացած ծառայությունների համար: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների և այլ բժշկականորեն անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝ • կիսաանձնական սենյակ (կամ բժշկական անհրաժեշտության դեպքում առանձնասենյակ) • սնունդ, ներառյալ հատուկ սննդակարգեր • կանոնավոր բուժքույրական ծառայություններ • հատուկ խնամքի բաժանմունքների ծախսերը, ինչպիսիք են ինտենսիվ խնամքը կամ կորոնար խնամքի բաժանմունքները • դեղորայք և դեղամիջոցներ • լաբորատոր անալիզներ • ռենտգեն և այլ ռադիոլոգիական ծառայություններ • անհրաժեշտ վիրաբուժական և բժշկական պարագաներ • սարքեր, ինչպիսիք են անվասայլակները • վիրաբուժական և վերականգնման սենյակի ծառայություններ • ֆիզիկական, աշխատանքային և խոսքի թերապիա • ստացիոնար թմրանյութերի չարաշահման ծառայություններ • որոշ դեպքերում փոխապատվաստման հետևյալ տեսակները՝ եղջերաթաղանթ, երիկամ, երիկամ/ենթաստամոքսային գեղձ, սիրտ, լյարդ, թոքեր, սիրտ/թոքեր, ոսկրածուծ, ցողունային բջիջ և աղիքային/մուլտիվիսցերալ: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0 Դուք պետք է հաստատում ստանաք մեր ծրագրից՝ ստացիոնար խնամք ստանալու համար արտացանցային հիվանդանոցում, երբ Ձեր արտակարգ իրավիճակը կայունացվի:

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք (շարունակություն) Եթե փոխապատվաստման կարիք ունեք, Medicare-ի կողմից հաստատված փոխապատվաստման կենտրոնը կուսումնասիրի Ձեր գործը և կորոշի, արդյոք Դուք փոխապատվաստման ենթակա եք: Փոխապատվաստման մատակարարները կարող են լինել տեղական ցանցում կամ սպասարկման տարածքից դուրս: Եթե տեղական փոխապատվաստման մատակարարները պատրաստ են ընդունել Medicare-ի դրույքաչափը, ապա Դուք կարող եք ստանալ Ձեր փոխապատվաստման ծառայությունները տեղում կամ Ձեր համայնքի խնամքի շրջանակից դուրս: Եթեմեր ծրագիրը տրամադրում է փոխապատվաստման ծառայություններ մեր համայնքի խնամքի շրջանակից դուրս, և Դուք ընտրում եք Ձեր փոխապատվաստումն այնտեղ իրականացնել, ապա մենք կազմակերպում ենք կամ վճարում ենք Ձեր և ևս մեկ անձի բնակության և ճանապարհորդական ծախսերը: • արյուն, ներառյալ պահեստավորում և օգտագործում Ամբողջական արյան և կարմիր արյան բջիջների մատակարարումը սկսվում է միայն անհրաժեշտ արյան չորրորդ պինտից: Դուք պետք է կամ վճարեք արյան առաջին երեք պինտերի ծախսերը, որոնք ստանում եք մեկ օրացուցային տարում, կամ ունենաք Ձեր կամ մեկ ուրիշի կողմից նվիրաբերված արյունը: Արյան բոլոր այլ բաղադրիչներն ապահովագրվում են՝ սկսած առաջին պինտից: • բժշկի ծառայություններ Նշում. ստացիոնար հիվանդ լինելու համար Ձեր մատակարարը պետք է հրաման գրի Ձեզ պաշտոնապես որպես հիվանդանոցի ստացիոնար հիվանդ ընդունելու համար: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, Դուք դեռ կարող եք համարվել «ամբուլատոր հիվանդ»: Եթե վստահ չեք, արդյոք ստացիոնար, թե ամբուլատոր հիվանդ եք, հարցրեք հիվանդանոցի անձնակազմին: Ավելի շատ տեղեկություններ ստացեք Medicare-ի «<i>Medicare Հիվանդանոցային նպաստներ</i>» տեղեկատվական թերթիկից, որը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, կամ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ էք վճարում
Սրտային (սրտի) վերականգնողական ծառայություններ Մենք վճարում ենք սրտի վերականգնողական ծառայությունների համար, ինչպիսիք են վարժությունները, կրթությունը և խորհրդատվությունը: Անդամները պետք է բավարարեն որոշակի պայմաններ և ունենան բժշկի ուղեգիր: Մենք ապահովագրում ենք այս համապարփակ ծրագրերը, եթե Դուք ունեցել եք հետևյալ վիճակներից առնվազն մեկը՝ • սրտի կաթված վերջին 12 ամսվա ընթացքում • զարկերակի կորոնար հատման վիրահատություն • կայուն անգինա պեկտորիա (կրծքավանդակի ցավ) • սրտի փականի վերանորոգում կամ փոխարինում • կորոնար անգիոպլաստիկա (բժշկական բուժգործողություն, որն օգտագործվում է արգելափակված զարկերակ բացելու համար) կամ կորոնար ստենտավորում (սրտի բաց պահելու բուժգործողություն) • սրտի կամ սրտի ենթոքերի փոխպատվաստում • սրտի կայուն քրոնիկ անբավարարություն Ապահովագրության սահմանափակումներ՝ Դուք կարող եք ստանալ սրտի վերականգնողական մինչև 36 սեանս: Դուք կարող եք օրական երկու սեանս ունենալ (յուրաքանչյուրը տևում է մեկ ժամ), իսկ ծրագիրը կարող է տևել մինչև 36 շաբաթ: Եթե Դուք իրավասու եք, կարող եք ստանալ 36 ավելի սեանս, որոնք կարող են տարածվել ավելի երկար ժամանակահատվածում: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0



	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Սրտանոթային (սրտի) հիվանդության զննման անալիզներ Մենք վճարում ենք արյան անալիզների համար, որպեսզի ստուգենք սրտանոթային հիվանդությունների առկայությունը հինգ տարին մեկ անգամ (60 ամիս): Արյան այս անալիզները նաև ստուգում են սրտի հիվանդության բարձր ռիսկի պատճառով թերությունները:	\$0
	Սրտանոթային (սրտի) հիվանդության ռիսկի նվազեցման այց (սրտի հիվանդության թերապիա) Մենք վճարում ենք տարեկան մեկ այցելության համար կամ ավելի շատ, եթե բժշկականորեն անհրաժեշտ է, Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի (PCP) հետ՝ օգնելու նվազեցնել սրտի հիվանդության ռիսկը: Այցի ընթացքում Ձեր բժիշկը կարող է՝ • քննարկել ասպիրինի օգտագործումը, • ստուգել Ձեր արյան ճնշումը, և/կամ • Ձեզ խորհուրդներ տա՝ համոզվելու, որ լավ եք սնվում:	\$0
	Վերահսկվող վարժությունների թերապիա (SET) Մենք վճարում ենք SET-ի համար սիմպտոմատիկ պերիֆերալ զարկերակների հիվանդություն (PAD) ունեցող անդամների դեպքում, որոնք ունեն PAD-ի ուղեգիր՝ ստացված PAD-ի բուժման համար պատասխանատու բժշկի կողմից: Մեր ծրագիրը վճարում է՝ • մինչև 36 սեանս 12 շաբաթվա ընթացքում, եթե SET-ի բոլոր պահանջները բավարարված են • լրացուցիչ 36 սեանս ժամանակի ընթացքում, եթե բուժաշխատողի կողմից համարվում է բժշկականորեն անհրաժեշտ Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Վերահսկվող վարժությունների թերապիա (SET) (շարունակություն) SET ծրագիրը պետք է լինի՝ • 30-ից 60 բուժական տևողությամբ թերապիական վարժություն-մարզման ծրագրի PAD-ի համար ոտքերի ջղաձգություն ունեցող անդամների արյան վատ հոսքի պատճառով (կլաուդիկացիա) • հիվանդանոցային ամբուլատոր պայմաններում կամ բժշկի ընդունարանում • տրաշադրվի որակավորված անձնակազմի կողմից, որը համոզվում է, որ օգուտը գերազանցում է վնասը, և ովքեր վերապատրաստված են PAD-ի վարժություն թերապիայի համար • բժշկի, բժշկի օգնականի (PA) կամ բուժքրոջ (NP)/կլինիկական բուժքրոջ (CNS) անմիջական հսկողության ներքո, որը վերապատրաստված է ինչպես հիմնական, այնպես էլ առաջադեմ կենսաապահովման մեթոդներով <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Տանը մատուցվող առողջական խնամքի գործակալություն Նախքան տնային առողջական ծառայություններ ստանալը, բժիշկը պետք է մեզ ասի, որ դրանք Ձեզ անհրաժեշտ են, և դրանք պետք է տրամադրվեն տնային առողջական խնամքի գործակալության կողմից: Դուք պետք է տնից դուրս գալու սահմանափակում ունենաք, այսինքն՝ տնից դուրս գալը Ձեզ համար մեծ դժվարություն է Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է, նաև ստորև չնշված այլ ծառայությունների համար՝ • կես դրույքով կամ պարբերական մասնագիտացված բուժքույրական և տնային առողջության աջակցության ծառայություններ (տնային առողջական խնամքի նպաստով ապահովագրվելու համար Ձեր հմուտ բուժքույրական և տնային առողջության օգնականի ծառայությունները միասին պետք է օրական ութ ժամից պակաս և շաբաթական 35 ժամ տևեն): • ֆիզիկական թերապիա, աշխատանքային թերապիա և խոսքի թերապիա • բժշկական և սոցիալական ծառայություններ • բժշկական սարքավորում և պարագաներ <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0 յուրաքանչյուր ապահովագրված տնային առողջության այցելության համար:
Տարեկան ֆիզիկական ստուգում* Ձեզ համար ապահովագրում է սովորական բժշկական ստուգում յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ՝ ի լրումն բարեկեցության ամենամյա այցի: Այս այցը ներառում է Ձեր բժշկական և ընտանեկան պատմության համապարփակ վերանայում, ոտքից գլուխ մանրամասն գնահատում և այլ ծառայություններ, ուղեգրեր և առաջարկություններ, որոնք կարող են տեղին լինել: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	\$0

	Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
	Տեսողության խնամք Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝ • աչքի մեկ սովորական հետազոտություն յուրաքանչյուր տարի և • մինչև \$100 ակնոցների համար (շրջանակներ և ոսպնյակներ) կամ մինչև \$100 կոնտակտային ոսպնյակների համար յուրաքանչյուր երկու տարին մեկ Մենք վճարում ենք բժշկի ամբուլատոր ծառայությունների համար՝ աչքի հիվանդությունների և վնասվածքների ախտորոշման և բուժման համար: Օրինակ, տարիքային մակուլյար դեգեներացիայի բուժում: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկ ունեցող մարդկանց համար մենք տարեկան վճարում ենք գլաուկոմայի հայտնաբերման համար նախատեսված մեկ սքրինինգի համար: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկ ունեցող խմբերն են՝ • գլաուկոմայի ընտանեկան պատմություն ունեցող մարդիկ • շաքարախտ ունեցող մարդիկ • Աֆրոամերիկացիներ, որոնք 50 և ավելի տարեկան են • Իսպանախոս ամերիկացիներ, որոնք 65 և ավելի տարեկան են Շաքարախտ ունեցող մարդկանց մենք վճարում ենք շաքարախտային ռետինոպաթիայի համար տարեկան մեկ անգամ: Մենք վճարում ենք մեկ զույգ ակնոցի կամ կոնտակտային ոսպնյակի համար կատարակտի յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո, երբ բժիշկը տեղադրի ներակնային ոսպնյակ: Եթե կատարակտի երկու առանձին վիրահատություն տանք, ապա յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո պետք է մեկ զույգ ակնոց ստանաք: Երկրորդ վիրահատությունից հետո չեք կարող ստանալ երկու զույգ ակնոց, նույնիսկ եթե առաջին վիրահատությունից հետո ակնոց չեք ստացել: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Տեսողության խնամք, Medicare-ի կողմից չապահովագրված (ստացված ցանցի մատակարարից)* Ապահովագրված ծառայություններն ընդգրկում են՝ - Աչքի սովորական հետազոտություն, ներառյալ ռեֆրակցիան և ակնոցի ոսպնյակների դեղատոմսը: Եթե մատակարարն առաջարկում է լրացուցիչ ընթացակարգեր, Դուք պատասխանատու եք լրացուցիչ ծախսերի վճարման համար: Կոնտակտային ոսպնյակների հետազոտությունները պահանջում են լրացուցիչ վճարներ: Դուք պատասխանատու եք հավելյալ ծախսերի վճարման համար: - Ակնոցի շրջանակներ: - Ակնոցի ոսպնյակներ կամ կոնտակտային ոսպնյակներ: Եթե ընտրում եք ակնոցի ոսպնյակներ, կարող եք ընտրել մեկ հատանի, երեսպատված բիֆոկալ, երեսպատված եռաֆոկալ և տեսողությունը շտկող ապակիներ: Եթե Դուք ընտրում եք այլ ոսպնյակներ, որոնք թվարկված չեն, կամ ավելացնում եք բուժումներ, Դուք պետք է վճարեք լրացուցիչ ծախսերը, նույնիսկ եթե ընդհանուր ծախսերը մնան նպաստի շրջանակներում: Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0՝ տարեկան մեկ քննության համար, երբ օգտվում եք ցանցի մատակարարից: \$0՝ ակնոցների շրջանակների համար (մինչև \$500 արժեքով միջին մանրածախ արժեքով) յուրաքանչյուր 2 տարին մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե Դուք ընտրում եք ակնոցի շրջանակներ, որոնց արժեքը գերազանցում է \$500-ը, ապա տարբերությունը պետք է ինքներդ վճարեք: Դուք վճարում եք <u>կամ</u> \$0 դեղատոմսով տրվող մեկ զույգ ակնոցների համար (անկախ չափից և օպտիկական ուժից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար (մինչև \$500 կոնտակտային ոսպնյակների սպասարկման և



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Տեսողության խնամք, ոչ Medicare-ի ապահովագրություն (ստացված ցանցի մատակարարից)* (շարունակություն) Նախօրոք լիազորում (նախապես հաստատում) ՉԻ պահանջվում: Օգտագործեք <i>Vision Directory</i>-ն կամ այցելեք blueshieldca.com/find-a-doctor՝ գտնելու Vision Service Plan (VSP) (Blue Shield Vision Plan վարիչ) ցանցում գործող մատակարարի: *Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:	նյութերի համար) յուրաքանչյուր 2 տարին մեկ, երբ օգտվում եք ցանցի մատակարարից: Ոչ մասնակից մատակարարից ստացված ծառայությունները չեն ապահովագրվում: Եթե ծառայության և նյութերի արժեքը գերազանցում է \$500, ապա տարբերությունը պետք է ինքներդ վճարեք:
Տեսական օգտագործման բժշկական սարքեր (DME) և հարակից պարագաներ «Տեսական օգտագործման բժշկական սարքեր (DME)» սահմանման համար ուսումնասիրեք այս <i>Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 12-ը</i>: Մենք ապահովագրում ենք հետևյալ պարագաները՝ - անվասայլակներ, ներառյալ էլեկտրական անվասայլակները - հենակներ - սնուցվող ներքնակների համակարգեր - չոր ճնշման տակդիր ներքնակի համար - շաքարախտի պարագաներ - հիվանդանոցային մահճակալներ՝ պատվիրված մատակարարի կողմից՝ տանը օգտագործելու համար Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Տնական օգտագործման բժշկական սարքեր (DME) և հարակից պարագաներ (շարունակություն) • ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր և բևեռներ • խոսքի ստեղծման սարքեր • թթվածնի սարքավորումներ և պաշարներ • հեղուկացրիչներ • քայլակներ • ստանդարտ կոր բռնակ կամ քառակուսի ձեռնափայտ և փոխարինող պարագաներ • պարանոցի հատվածը պահելու սարք (դռան վրայով) • ոսկորների խթանիչ • դիալիզի սարքավորումներ Այլ պարագաներ կարող են ապահովագրվել: Մենք վճարում ենք բժշկականորեն անհրաժեշտ բոլոր DME-ի համար, որոնց համար սովորաբար վճարում են Medicare-ը և Medi-Cal-ը: Եթե Ձեր տարածքում գտնվող մեր մատակարարը չի սպասարկում որոշակի ապրանքանիշ կամ արտադրողի, Դուք կարող եք հարցնել նրանց, թե արդյոք նրանք կարող են այն պատվիրել հատուկ Ձեզ համար: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Տնային ներարկման թերապիա Մեր ծրագիրը վճարում է տնային ներարկման թերապիայի համար, որը սահմանվում է որպես դեղեր կամ կենսաբանական նյութեր, որոնք ներարկվում են երակի մեջ կամ կիրառվում են մաշկի տակ և տրամադրվում Ձեր տանը: Տնային ներարկում իրականացնելու համար անհրաժեշտ են հետևյալը՝ • դեղը կամ կենսաբանական նյութը, ինչպիսին է հակավիրուսային նյութը կամ իմունագլոբուլինը, • սարքավորումներ, ինչպիսիք են պոմպը, և • պարագաներ, ինչպիսիք են խողովակը կամ կաթետերը: Մեր ծրագիրն ընդգրկում է տնային ներարկման ծառայություններ, որոնք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ • մասնագիտական ծառայություններ, ներառյալ բուժքույրական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են Ձեր խնամքի ծրագրին համապատասխան, • անդամի վերապատրաստում և կրթություն, որոնք արդեն ներառված չեն DME նպաստում, • հեռավար մոնիտորինգ, և • մոնիտորինգի ծառայություններ տնային ներարկման թերապիայի և տնային ներարկման դեղամիջոցների տրամադրման համար, որոնք տրամադրվում են տնային ներարկման թերապիայի որակավորված մատակարարի կողմից: <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0 համավճար՝ յուրաքանչյուր ապահովագրվող տնային ներարկման թերապիայի այցի համար:

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Փոխադրում. Ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրում Այս նպաստը թույլ է տալիս բժշկական փոխադրում իրականացնել մեր ծրագրի և Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայության համար: Սա կարող է ներառել շտապ օգնության մեքենա, պատգարակով միկրոավտոբուս, անվասայլակով միկրոավտոբուսի բժշկական փոխադրման ծառայություններ կամ պարատրանսիտի հետ համակարգում: Դուք ունեք տարեկան մինչև 24 միակողմանի ուղևորության համակցված սահմանաչափ՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ ոչ արտակարգ բժշկական փոխադրման և ոչ բժշկական փոխադրման համար: Յուրաքանչյուր ուղևորություն չպետք է գերազանցի 70 մղոն: Medi-Cal-ն ապահովագրում է անսահմանափակ ուղևորություններ դեպի հաստատված վայրեր՝ Ձեր 24 միակողմանի ուղևորություններն օգտագործելուց հետո: Փոխադրման ձևերը թույլատրվում են, երբ. • Ձեր բժշկական մատակարարը որոշում է Ձեր բժշկական և/կամ ֆիզիկական վիճակը, որը թույլ չի տալիս Ձեզ ճանապարհորդել ավտոբուսով, մարդատար մեքենայով, տաքսիով, կամ հանրային, կամ մասնավոր տրանսպորտի այլ ձևով, և • Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում՝ կախված ծառայությունից Փոխադրման հետ կապված պայմանավորվածություններն իրականացնում է Call The Car-ը: Անդամները պետք է կապ հաստատեն Call The Car-ի հետ 1-855-200-7544 [TTY՝ 711] հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: CTC Go բջջային հավելվածը կարող է օգտագործվել մինչև մայթեզը, մինչև դուռ և անվասայլակով տեղափոխումները պլանավորելու, խմբագրելու, հետևելու և չեղարկելու համար: CTC Go բջջային հավելվածը չի կարող օգտագործվել պատգարակով փոխադրման համար, և Դուք պետք է զանգահարեք այդ ամրագրումները կատարելու համար: Փոխադրման պայմանավորվածությունները պետք է կատարվեն առնվազն 24 ժամ առաջ: <i>*Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:</i> <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0

Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Փոխադրում. Ոչ բժշկական փոխադրում Դուք ունեք տարեկան մինչև 24 միակողմանի ուղևորության համակցված սահմանաչափ՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ ոչ արտակարգ բժշկական փոխադրման և ոչ բժշկական փոխադրման համար: Յուրաքանչյուր ուղևորություն չպետք է գերազանցի 70 մղոն: Medi-Cal-ն ապահովագրում է անսահմանափակ ուղևորություններ դեպի հաստատված վայրեր՝ Ձեր 24 միակողմանի ուղևորություններն օգտագործելուց հետո: Այս նպաստը թույլ է տալիս բժշկական հաստատություններ հասնել մեքենայով, տաքսիով կամ հանրային/մասնավոր տրանսպորտի այլ ձևերով: Պահանջվում է տրանսպորտ՝ Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված անհրաժեշտ բժշկական օգնություն ստանալու համար, ներառյալ ատամնաբուժական այցերի մեկնելը և դեղեր վերցնելը: Medi-Cal-ի և Medicare-ի կողմից կրկնակի ապահովագրված ծառայությունների համար փոխադրումը ապահովագրված է: Փոխադրման հետ կապված պայմանավորվածություններն իրականացնում է Call The Car-ը: Կապվեք Call The Car-ի հետ՝ 1-855-200-7544 [TTY՝ 711] հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Փոխադրման պայմանավորվածությունները պետք է կատարվեն առնվազն 24 ժամ առաջ: Call the Car-ն առաջարկում է բջջային հավելված (CTC-Go), որը կարող է օգտագործվել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի անդամների կողմից՝ առողջապահական փոխադրումները համակարգելու համար: CTC-Go-ն թույլ է տալիս վերանայել գալիք կամ անցյալ ամրագրումները, գնահատել Ձեր երթուղին, հետևել Ձեր վարորդին, չեղարկել առկա ամրագրումը և պլանավորել նոր ամրագրում: CTC-Go-ն հասանելի է iOS և Android համակարգերում: «CTC'Go»-ն որոնեք Ձեր հավելվածների խանութում և ներբեռնեք հավելվածը: <i>*Ծառայությունները չեն հաշվարկվում ծրագրի գրպանից վճարվող առավելագույն ծախսերի սահմանաչափում:</i> <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0



Ապահովագրվող ծառայություններ	Ինչ եք վճարում
Օփիոիդային կախվածության բուժման ծրագրի (OTP) ծառայություններ Մեր ծրագիրը վճարում է հետևյալ ծառայությունների համար օփիոիդների օգտագործման խանգարումը (OUD) բուժելու նպատակով OTP-ի միջոցով, ինչը ներառում է հետևյալ ծառայությունները՝ • ընդունման գործունեություն • պարբերական գնահատականներ • FDA-ի կողմից հաստատված դեղամիջոցներ և, եթե կիրառելի է, կառավարել և Ձեզ տրամադրել այդ դեղերը • թմրանյութերի օգտագործման խորհրդատվություն • անհատական և խմբակային թերապիա • Ձեր օրգանիզմում թմրամիջոցների կամ քիմիական նյութերի հայտնաբերման ստուգում (տոքսիկոլոգիական ստուգում) <i>Կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում և/կամ ուղեգիր, որի ստացումը Ձեր մատակարարի պատասխանատվությունն է:</i>	\$0

Ե. Ապահովագրված ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակ

Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակ

Ատամնաբուժական նպաստները ներառված են այս ծրագրի բոլոր անդամների համար և ապահովագրում են որոշ համապարփակ ատամնաբուժական ընթացակարգեր:

Հետևյալ **Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակը** ցույց է տալիս ատամնաբուժական հատուկ ընթացակարգերը, որոնք Ձեզ համար անվճար ապահովագրվում են Ծրագրի կողմից: Թվարկված ծառայություններն ապահովագրված նպաստներ են, երբ տրամադրվում են ցանցի լիցենզավորված ատամնաբույժի կողմից, և անհրաժեշտության դեպքում, ինչպես սահմանված է ընդհանուր ընդունված ատամնաբուժական պրակտիկայի չափանիշներով:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Կարևոր է. խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ չթվարկված ընթացակարգերն ապահովագրված չեն:

Կարևոր է. որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ ոչ մի պայմանով չեն ապահովագրվում (նաև հայտնի են որպես Բացառություններ), իսկ որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ ապահովագրվում են միայն հատուկ պայմաններով (նաև հայտնի են որպես Սահմանափակումներ): Խնդրում ենք ուսումնասիրել ստորև բերված **Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակի** «Ընդհանուր սահմանափակումներ» սյունակը և **Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակից** հետո նշված «Ընդհանուր բացառություններ» սյունակը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Կարևոր է. **Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակի** «Ընդհանուր սահմանափակումներ» սյունակում նշված ցանկացած հաճախականության սահմանափակում (այն դեպքում, եթե չի նշվում, թե արդյոք ծրագիրը յուրաքանչյուր տարվա համար է, թե ամբողջ կյանքի) հիմնված է ծառայության վերջին ամսաթվի վրա: Օրինակ, 1 անգամը յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ նշանակում է, որ Դուք կարող եք ստանալ նշված ծառայությունը վեց ամիսը մեկ անգամ՝ այդ նույն ծառայությունը վերջին անգամ ստանալու ամսաթվից սկսած: Այսպիսով, եթե Դուք ստանում եք Ձեր առաջին ծառայությունը հունվարի 1-ին, Դուք կրկին իրավունք կունենաք այդ նույն ծառայության համար հուլիսի 1-ին: Եթե Դուք ստանում եք Ձեր առաջին ծառայությունը հուլիսի 1-ին, Դուք իրավասու չեք լինի այդ ծառայության համար մինչև հաջորդ ծրագրի տարվա հունվարի 1-ը: Նշված հաճախականության սահմանափակում չունեցող ծառայություններն անհրաժեշտության դեպքում և ընդունված դեպքում անսահմանափակ են, ինչպես սահմանված է ընդհանուր ընդունված ատամնաբուժական պրակտիկայի չափանիշներով:

Ծառայությունները թվարկված են Ամերիկյան ատամնաբուժական ասոցիացիայի (ADA) բուժգործողությունների ծածկագրով՝ հիմնված ներկայիս ատամնաբուժական տերմինաբանության վրա: Դաշնային օրենքը պահանջում է օգտագործել ADA ծածկագիրը՝ ատամնաբուժական ընթացակարգերի մասին զեկուցելու համար: Ընթացակարգի ծածկագրերը կարող են ժամանակ առ ժամանակ վերանայվել ADA-ի կողմից: Հետևաբար, ծրագիրը կարող է վերանայել այս ծածկագրերի ցանկը, ինչպես պահանջվում է օրենքով: Դուք կարող եք ձեռք բերել ADA ծածկագրերի թարմացված ցանկը՝ կապվելով Dental Plan Administrator-ի (DPA) հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ **1-866-247-2486 [TTY 711]** հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



ADA Ծածկագիր	ADA-ի՝ Ձեզ համար ապահովագրված ծառայությունների նկարագրություն	Ինչ պետք է վճարեք	Ընդհանուր սահմանափակումներ
Բերանի խոռոչի հետազոտություններ			
D0140	Բերանի խոռոչի սահմանափակ գնահատում՝ առկա խնդրի լուծման նպատակով	\$0	1 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում
Ախտորոշիչ ատամնաբուժական այլ ծառայություններ			
D0190	Հիվանդի գնում	\$0	1 անգամ (D0190 կամ D0191) օրացուցային տարվա ընթացքում
D0191	Հիվանդի գնահատում	\$0	1 անգամ (D0190 կամ D0191) օրացուցային տարվա ընթացքում
D0364	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ տեսադաշտի սահմանափակ ընդգրկմամբ, մեկ ծնոտից պակաս հատված	\$0	1 անգամ (D0364, D0365, D0366 կամ D0367) օրացուցային տարվա ընթացքում
D0365	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, ստորին ծնոտ	\$0	1 անգամ (D0364, D0365, D0366, D0367 կամ D0368) օրացուցային տարվա ընթացքում
D0366	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, վերին ծնոտ՝ զանգով կամ առանց դրա	\$0	1 անգամ (D0364, D0365, D0366, D0367 կամ D0368) օրացուցային տարվա ընթացքում
D0367	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ երկու ծնոտների տեսադաշտով՝ զանգով կամ առանց դրա	\$0	1 անգամ (D0364, D0365, D0366, D0367 կամ D0368) օրացուցային տարվա ընթացքում
D0368	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և	\$0	1 անգամ (D0364, D0365, D0366, D0367 կամ D0368)

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413
(TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



ADA Ծածկագիր	ADA-ի՝ Ձեզ համար ապահովագրված ծառայությունների նկարագրություն	Ինչ պետք է վճարեք	Ընդհանուր սահմանափակումներ
	մեկնաբանում՝ ստորին ծնոտ-քունքային հոդ (TMJ), երկու կամ ավելի նկարահանում		օրացուցային տարվա ընթացքում
D0380	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում՝ տեսադաշտի սահմանափակ ընդգրկմամբ, մեկ ծնոտից պակաս հատված	\$0	Ներառված է ավարտված ծառայության դիմաց վճար
D0381	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում՝ մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, ստորին ծնոտ:	\$0	Ներառված է ավարտված ծառայության դիմաց վճար
D0382	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում՝ մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, վերին ծնոտ՝ գանգով կամ առանց դրա	\$0	Ներառված է ավարտված ծառայության դիմաց վճար
D0383	Կոնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում՝ երկու ծնոտների տեսադաշտով՝ գանգով կամ առանց դրա	\$0	Ներառված է ավարտված ծառայության դիմաց վճար
Վերականգնողական ծառայություններ			
D2720	Պսակ, խեժ բարձրակարգ ազնիվ մետաղով	\$0	2 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում
D2722	Պսակ, խեժ ազնիվ մետաղով	\$0	2 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում
D2750	Պսակ, ճենապակյա միաձուլված բարձրակարգ ազնիվ մետաղի հետ	\$0	2 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում
D2752	Պսակ, ճենապակյա միաձուլված ազնիվ մետաղի հետ	\$0	2 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում
D2790	Պսակ, ամբողջությամբ ձուլված բարձրակարգ ազնիվ մետաղ	\$0	2 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



ADA Ծածկագիր	ADA-ի՝ Ձեզ համար ապահովագրված ծառայությունների նկարագրություն	Ինչ պետք է վճարեք	Ընդհանուր սահմանափակումներ
D2792	Պսակ, ամբողջությամբ ձուլված ազնիվ մետաղ	\$0	2 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում
Պարողոնտիս			
D4240	Լնդերի եզրերի ընթացակարգ, ներառյալ արմատի պլանավորումը՝ չորս կամ ավելի հարակից ատամներ կամ ատամի սահմանափակ տարածություններ մեկ քառորդում	\$0	1 անգամ (D4240 կամ D4241) մեկ քառորդի համար՝ յուրաքանչյուր 3 օրացուցային տարին մեկ
D4241	Լնդերի եզրերի ընթացակարգ, ներառյալ արմատի պլանավորումը, ներառյալ արմատի հարթեցումը, մեկից երեք հարակից ատամներ կամ ատամի սահմանափակ տարածություններ մեկ քառորդում	\$0	1 անգամ (D4240 կամ D4241) մեկ քառորդի համար՝ յուրաքանչյուր 3 օրացուցային տարին մեկ
D4263	Ոսկրային փոխարինող փոխպատվաստում, պահպանված բնական ատամ, առաջին տեղամասը քառորդում	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 3 օրացուցային տարին մեկ
D4264	Ոսկրային փոխարինող փոխպատվաստում, պահպանված բնական ատամ, յուրաքանչյուր լրացուցիչ տեղ քառորդում	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 3 օրացուցային տարին մեկ
D4266	Հյուսվածքների ուղղորդված վերականգնում բնական ատամների դեպքում՝ լուծվող արգելապատնեշով, ըստ բուժվող հատվածի	\$0	1 անգամ (D4266 կամ D4267) մեկ ատամի համար՝ յուրաքանչյուր 3 օրացուցային տարին մեկ
D4267	Հյուսվածքների ուղղորդված վերականգնում բնական ատամների դեպքում՝ չլուծվող արգելապատնեշով, ըստ բուժվող հատվածի	\$0	1 անգամ (D4266 կամ D4267) մեկ ատամի համար՝ յուրաքանչյուր 3 օրացուցային տարին մեկ
Պրոթեզավորում, շարժական			
D5221	Անմիջապես ատամի հեռացումից հետո տեղադրվող՝ վերին ծնոտի մասնակի պրոթեզ	\$0	1 անգամ (D5221, D5223, D5225 կամ D5227)

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413
(TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:

ADA Ծածկագիր	ADA-ի՝ Ձեզ համար ապահովագրված ծառայությունների նկարագրություն	Ինչ պետք է վճարեք	Ընդհանուր սահմանափակումներ
	խեժից պատրաստված հիմքով (ներառյալ պահոդ/ամրացնող նյութեր, հենարաններ և ատամներ		յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D5222	Անմիջապես ատամի հեռացումից հետո տեղադրվող՝ ստորին ծնոտի մասնակի պրոթեզ խեժից պատրաստված հիմքով (ներառյալ պահոդ/ամրացնող նյութեր, հենարաններ և ատամներ	\$0	1 անգամ (D5222, D5224, D5226 կամ D5228) յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D5223	Անմիջապես ատամի հեռացումից հետո տեղադրվող՝ վերին ծնոտի մասնակի պրոթեզ, ձուլածո մետաղական շրջանակով և խեժային պրոթեզի հիմքով (ներառյալ պահոդ/ամրացնող նյութեր, հենարաններ և ատամներ)	\$0	1 անգամ (D5221, D5223, D5225 կամ D5227) յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D5224	Անմիջապես ատամի հեռացումից հետո տեղադրվող՝ ստորին ծնոտի մասնակի պրոթեզ, ձուլածո մետաղական շրջանակով և խեժային պրոթեզի հիմքով (ներառյալ պահոդ/ամրացնող նյութեր, հենարաններ և ատամներ)	\$0	1 անգամ (D5222, D5224, D5226 կամ D5228) յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D5225	Դիմաձևոտային մասնակի պրոթեզ՝ ճկուն հիմքով (ներառյալ պահոդ/կաշոյ նյութեր, հենարաններ և ատամներ)	\$0	1 անգամ (D5221, D5223, D5225 կամ D5227) յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D5226	Ստորին ծնոտի մասնակի պրոթեզ՝ ճկուն հիմքով (ներառյալ պահոդ/ամրացնող նյութեր, հենարաններ և ատամներ)	\$0	1 անգամ (D5222, D5224, D5226 կամ D5228) յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D5227	Անմիջապես ատամի հեռացումից հետո տեղադրվող՝ վերին ծնոտի մասնակի պրոթեզ, ճկուն հիմքով (ներառյալ ամրացնող նյութեր, հենարաններ և ատամներ)	\$0	1 անգամ (D5221, D5223, D5225 կամ D5227) յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ

ADA Ծածկագիր	ADA-ի՝ Ձեզ համար ապահովագրված ծառայությունների նկարագրություն	Ինչ պետք է վճարեք	Ընդհանուր սահմանափակումներ
D5228	Անմիջապես ատամի հեռացումից հետո տեղադրվող՝ ստորին ծնոտի մասնակի պրոթեզ, ձկուն հիմքով (ներառյալ ամրացնող նյութեր, հենարաններ և ատամներ)	\$0	1 անգամ (D5222, D5224, D5226 կամ D5228) յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D5670	Փոխարինեք բոլոր ատամները և ակրիլը ձուլածո մետաղական շրջանակի վրա (դիմաձնոտ)	\$0	1 անգամ յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ
D5671	Փոխարինեք բոլոր ատամները և ակրիլը ձուլածո մետաղական շրջանակի վրա (ստորին ծնոտ)	\$0	1 անգամ յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ
D5710	Ամբողջական դիմաձնոտային ատամնաշարի հիմքի փոխարինում	\$0	1 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում (չի ապահովագրվում սկզբնական տեղավորման 6 ամսվա ընթացքում)
D5711	Ամբողջական ծնոտային ատամնաշարի հիմքի փոխարինում	\$0	1 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում (չի ապահովագրվում սկզբնական տեղավորման 6 ամսվա ընթացքում)
D5720	Դիմաձնոտային մասնակի ատամնաշարի հիմքի փոխարինում	\$0	1 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում (չի ապահովագրվում սկզբնական տեղավորման 6 ամսվա ընթացքում)
D5721	Ստորին ծնոտի մասնակի ատամնաշարի հիմքի փոխարինում	\$0	1 անգամ օրացուցային տարվա ընթացքում (չի ապահովագրվում սկզբնական տեղավորման 6 ամսվա ընթացքում)

ADA Ծածկագիր	ADA-ի՝ Ձեզ համար ապահովագրված ծառայությունների նկարագրություն	Ինչ պետք է վճարեք	Ընդհանուր սահմանափակումներ
Պրոթեզավորում, ֆիքսված			
D6240	Արհեստական ատամ կամրջում, ճենապակյա՝ միաձուլված բարձրակարգ ազնիվ մետաղի հետ	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D6242	Արհեստական ատամ կամրջում, ճենապակյա՝ միաձուլված ազնիվ մետաղի հետ	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D6250	Արհեստական ատամ կամրջում, խեժ բարձրակարգ ազնիվ մետաղով	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D6252	Արհեստական ատամ կամրջում, խեժ՝ ազնիվ մետաղով	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D6750	Պահող պսակ, ճենապակյա՝ միաձուլված բարձրակարգ ազնիվ մետաղի հետ	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
D6752	Պահող պսակ, ճենապակյա՝ միաձուլված ազնիվ մետաղի հետ	\$0	1 ատամ յուրաքանչյուր 5 օրացուցային տարին մեկ
Բերանի և դիմաձնտային վիրահատություն			
D7953	Ոսկրային փոխարինող տրանսպլանտատ շղթայի պահպանման համար, յուրաքանչյուր տեղամաս	\$0	1 անգամ յուրաքանչյուր տեղամասում D7953-ը նպաստ է, երբ տրամադրվում է իմպլանտի կամ ատամի հեռացման պահին
Լրացուցիչ ընդհանուր ծառայություններ			
D9211	Ռեզիոնալ բլոկային անզգայացում	\$0	Առանձին վճարելի չէ: Ներառված է ավարտված ծառայության դիմաց վճար



ADA Ծածկագիր	ADA-ի՝ Ձեզ համար ապահովագրված ծառայությունների նկարագրություն	Ինչ պետք է վճարեք	Ընդհանուր սահմանափակումներ
D9212	Եռորյակ նյարդի բլոկային անզգայացում	\$0	Առանձին վճարելի չէ: Ներառված է ավարտված ծառայության դիմաց վճար
D9215	Տեղային անզգայացում՝ օպերատիվ կամ վիրաբուժական միջամտությունների հետ համատեղ	\$0	Առանձին վճարելի չէ: Ներառված է ավարտված ծառայության դիմաց վճար

ՆՇՈՒՄ. նշված Անդամների ծախսաբաժնի գումարները կիրառվում են միայն այն դեպքում, երբ Դուք ստանում եք ատամնաբուժական ծառայություններ ցանցի ատամնաբույժից:

ՆՇՈՒՄ. քանի որ Blue Shield-ը պայմանագիր է կնքում Medicare-ի հետ ամեն տարի, այս ատամնաբուժական նպաստները կարող են հասանելի չլինել հաջորդ տարի:

Ատամնաբուժական խնամքի ստացում

Ներածություն

Blue Shield of California-ի ատամնաբուժական ծրագիրը կառավարվում է պայմանագրային Dental Plan Administrator-ի (DPA) կողմից, կազմակերպություն, որը պայմանագիր ունի Blue Shield of California-ի հետ՝ պայմանագրային ատամնաբույժների ցանցի միջոցով ատամնաբուժական ծառայությունների մատուցումը կազմակերպելու և կառավարելու համար: Եթե այս ատամնաբուժական բաժնում առկա տեղեկատվության վերաբերյալ հարցեր, օգնության կարիք կամ որևէ խնդիր ունեք, կարող եք կապվել DPA-ի հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ **1-866-247-2486 [TTY՝ 711]** հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը:

Նախքան ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալը

Դուք պատասխանատվություն եք կրում վստահեցնելու, որ Ձեր ընտրած ատամնաբույժը ցանցի ատամնաբույժ է:

Միայն ցանցի այս ատամնաբուժական ծրագիրը չի վճարում արտացանցային ատամնաբույժների նպաստների համար: Արտացանցային ատամնաբույժից ստացված ծառայությունները չեն ապահովագրվի: Երբ Դուք ծառայություններ եք ստանում

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



արտացանցային ատամնաբույժից, Դուք պատասխանատու կլինեք վճարելու ատամնաբույժին՝ ուղղակիորեն ատամնաբույժի կողմից գանձված ողջ գումարի համար:

ՆՇՈՒՄ. ցանցի ատամնաբույժի կարգավիճակը կարող է փոխվել: Ձեր պարտականությունն է ստուգել, թե արդյոք Ձեր ատամնաբույժը ներկայումս ցանցի ատամնաբույժ է, եթե պայմանագրային ատամնաբույժների ցանկում փոփոխություններ են եղել: Ձեր տարածքում գտնվող ցանցի ատամնաբույժների ցանկը կարելի է ստանալ՝ կապվելով DPA-ի հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ **1-866-247-2486 [TTY՝ 711]** հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը:

Ձեր ատամնաբույժին այցելելը

Գրանցվելուց կարճ ժամանակ անց Դուք կստանաք անդամակցության փաթեթ DPA-ից, որը Ձեզ կտեղեկացնի Ձեր նպաստների ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը, ինչպես նաև Ձեր ցանցի ատամնաբույժի կամ առաջնային խնամքի ատամնաբույժի (PCD) հասցեն և հեռախոսահամարը: Ձեր անդամակցության փաթեթը ուժի մեջ մտնելուց հետո Դուք կարող եք ձեռք բերել ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայություններ: Ժամադրություն նշանակելու համար պարզապես գանգահարեք Ձեր PCD-ի հաստատություն և հաստատեք Ձեր ինքնությունը՝ որպես Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի անդամ: Նախնական հանդիպումները պետք է նշանակվեն չորս շաբաթվա ընթացքում, եթե կոնկրետ ժամանակ չի պահանջվել: Հանդիպումների առկայության և ատամնաբույժների հասանելիության վերաբերյալ հարցումները պետք է ուղղվեն DPA-ի հաճախորդների սպասարկման բաժնի՝ **1-866-247-2486 [TTY՝ 711]** հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը:

ՆՇՈՒՄ. յուրաքանչյուր Անդամ պետք է գնա իր նշանակված PCD-ի մոտ՝ ապահովագրված ծառայություններ ստանալու, բացառությամբ DPA-ի կողմից գրավոր լիազորված մասնագետի կողմից մատուցվող ծառայությունների: Ցանկացած այլ բուժում չի ապահովագրվում Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի ներքո:

Դուք պետք է դիմեք Ձեր PCD-ին ատամնաբուժական խնամքի բոլոր կարիքների համար, ներառյալ ծրագրի մասնագետների հետ խորհրդակցելը: PCD-ն պատասխանատու է ընդհանուր ատամնաբուժական ծառայությունների մատուցման և ծրագրի այլ անհրաժեշտ մասնագետների ուղեգրման համակարգման կամ կազմակերպման համար: Ծրագիրը պետք է լիազորի նման ուղեգրերը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Անդամների համավճարներ

Նախքան Ձեր բուժումը սկսելը, Ձեր ատամնաբույժը կմշակի Ձեր անհատական կարիքներին համապատասխան բուժման ծրագիր: Լավագույնն այն է, որ նախքան բուժումն սկսելը, Ձեր ատամնաբույժի հետ քննարկեք Ձեր բուժման ծրագիրը և ֆինանսական պարտականությունները:

Ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայությունները Ձեզ մատուցվում են անվճար՝ ցանցային ատամնաբույժի կողմից: Եթե որոշեք այցելել արտացանցային ատամնաբույժի, ոչ մի նպաստ չի տրամադրվի, և Դուք պատասխանատու կլինեք վճարելու ատամնաբույժին՝ ուղղակիորեն ատամնաբույժի կողմից գանձված ողջ գումարի համար:

Եթե Ձեր բուժման ծրագրի մասին տեղեկություններ ստանալու համար լրացուցիչ օգնության կարիք ունեք, կարող եք կապվել DPA-ի հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ **1-866-247-2486 [TTY՝ 711]** հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը:

Առաջնային խնամքի ատամնաբույժի ընտրություն

Գրանցվելու պահին Դուք պետք է ընտրեք ցանցի ատամնաբույժ, որը կլինի Ձեր PCD-ն: Եթե Դուք չկարողանաք ընտրել ցանցի ատամնաբույժ կամ ընտրված ցանցի ատամնաբույժն անհասանելի դառնա, DPA-ը կպահանջի ընտրել մեկ այլ ցանցային ատամնաբույժ կամ Ձեզ կկցի մեկ այլ ցանցի ատամնաբույժի: Դուք կարող եք փոխել Ձեզ նշանակված ցանցի ատամնաբույժին՝ կապվելով DPA հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ **1-866-247-2486 [TTY՝ 711]** հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը: Որպեսզի համոզվեք, որ Ձեր ցանցի ատամնաբույժը տեղեկացված է, և DPA-ի իրավունակության ցուցակները ճիշտ են, ցանցային ատամնաբույժների փոփոխությունների համար պետք է դիմեք մինչև ամսվա 21-րդ օրը, որպեսզի փոփոխություններն ուժի մեջ լինեն հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Եթե Ձեր ատամնաբույժն այլևս պայմանագիր չունի Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan DPA-ի հետ

Եթե Ձեր ընտրած ցանցի ատամնաբույժը չի կարողանում շարունակել DPA-ի հետ կնքած պայմանագրով, քանի որ ի վիճակի չէ կատարել կամ խախտել է պայմանագիրը, կամ եթե DPA-ը դադարեցրել է պայմանագիրը, DPA-ը Ձեզ կտեղեկացնի ատամնաբույժի աշխատանքի

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



դադարեցման օրվանից առնվազն 30 օրացուցային օր առաջ, որպեսզի Դուք կարողանաք ընտրել մեկ այլ ցանցի ատամնաբույժ:

Եթե Դուք ծանուցվում եք DPA-ի կողմից այս պատճառով այլ ատամնաբույժ ընտրելու անհրաժեշտության մասին, ապա ռենտգեն նկարների կամ այլ տվյալների կրկնօրինակման և փոխանցման համար վճարները հանվում են: Բացի այդ, աշխատանքը դադարեցնող ցանցի ատամնաբույժը կավարտի (ա) մասնակի կամ ամբողջական պրոթեզը, որի համար վերցվել են վերջնական չափսերը, և (բ) բոլոր աշխատանքները յուրաքանչյուր ատամի վրա, որի վրա սկսել է աշխատել (օրինակ՝ շապիկների տեղադրումը, երբ ատամները պատրաստվել են):

Շտապ ատամնաբուժական խնամք

Այս ծրագիրը նպաստներ չի վճարում շտապ ատամնաբուժական խնամքի ծառայությունների համար:

Ատամների խնամքի համար երկրորդ կարծիքի ստացում

Դուք կարող եք երկրորդ կարծիք պահանջել, եթե համաձայն չեք կամ կասկածի տակ եք դնում Ձեր ցանցի ատամնաբույժի կողմից կատարված ախտորոշման և/կամ բուժման ծրագրի որոշումը: DPA-ն կարող է նաև պահանջել, որ Դուք երկրորդ կարծիք ստանաք՝ ստուգելու ատամնաբուժական բուժման անհրաժեշտությունն ու նպատակահարմարությունը կամ նպաստների կիրառումը:

Երկրորդ կարծիքը ժամանակին կտրամադրվի լիցենզավորված ատամնաբույժի կողմից՝ Ձեր խնդրի բնույթին համապատասխան: Առողջության անմիջական և լուրջ վտանգի դեպքերին առնչվող հարցումներն արագացված կլինեն (հնարավորության դեպքում լիազորումը հաստատվել կամ մերժվել է հարցումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում): Երկրորդ կարծիքի թույլտվությունների ընթացակարգի և ժամկետների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք DPA-ի հաճախորդների սպասարկման բաժին **1-866-247-2486 [TTY՝ 711]** հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, կամ գրեք DPA-ին:

Երկրորդ կարծիքը կտրամադրվի մեկ այլ ցանցի ատամնաբույժի ընդունարանից, եթե DPA-ի կողմից այլ բան հաստատված չէ: DPA-ը կթույլատրի երկրորդ կարծիքն արտացանցային մատակարարի կողմից, եթե հասանելի չէ համապատասխան որակավորում ունեցող ցանցի ատամնաբույժ: DPA-ն կվճարի միայն այն երկրորդ կարծիքի համար, որը DPA-ն հաստատել կամ լիազորել է: Ձեզ գրավոր ծանուցում կուղարկվի, եթե DPA-ն որոշի չթույլատրել երկրորդ կարծիքը: Եթե համաձայն չեք այս որոշման հետ, կարող եք բողոքարկում ներկայացնել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք ստորև բերված *Բողոքների և բողոքարկումների գործընթաց* բաժինը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Նպաստների համակարգում

Սույն ծրագիրը տրամադրում է նպաստներ՝ հաշվի չառնելով որևէ այլ խմբային ապահովագրության քաղաքականության կամ որևէ այլ խմբային առողջապահական նպաստների ծրագրի ապահովագրությունը, եթե մյուս քաղաքականությունը կամ ծրագիրն ապահովագրում է ծառայություններ կամ ծախսեր, բացի ատամնաբուժական խնամքից: Հակառակ դեպքում մասնագետների կամ արտացանցային ատամնաբույժների կողմից սույն ծրագրի ներքո տրամադրվող նպաստները համաձայնեցվում են նման այլ խմբային ատամնաբուժական ապահովագրության քաղաքականությունների կամ ատամնաբուժական նպաստների որևէ խմբային ծրագրի հետ: Առաջնային քաղաքականության կամ ծրագրի որոշումը կարգավորվում է պայմանագրում նշված կանոններով:

Եթե այս ծրագիրը երկրորդական է, ապա այն կվճարի նվազագույնը.

- Այն գումարը, որը կվճարվեր որևէ այլ ատամնաբուժական նպաստի բացակայության դեպքում, կամ
- Անդամի ընդհանուր գրպանից վճարվող ծախսը, որը վճարվում է առաջնային ատամնաբուժական նպաստների ծրագրի շրջանակներում այնքան ժամանակ, քանի դեռ նպաստները ապահովագրված են սույն ծրագրի շրջանակներում:

Անդամը պետք է DPA-ին տրամադրի, իսկ DPA-ն կարող է հրատարակել կամ որևէ ապահովագրական ընկերությունից կամ այլ կազմակերպությունից ձեռք բերել անդամի մասին ցանկացած տեղեկատվություն, որն անհրաժեշտ է նպաստների համակարգումը կառավարելու համար: DPA-ն, իր իսկ հայեցողությամբ, պետք է որոշի, թե արդյոք ապահովագրական ընկերությանը կամ այլ կազմակերպությանը որևէ փոխհատուցում երաշխավորվում է սույն հոդվածում նկարագրված նպաստների դրույթների համաձայնեցման ներքո, և վճարված ցանկացած այդպիսի փոխհատուցում պետք է համարվի սույն պայմանագրով նախատեսված նպաստ: DPA-ն իրավունք կունենա ատամնաբույժից, անդամից, ապահովագրական ընկերությունից կամ այլ կազմակերպությունից, ինչպես կընտրի DPA-ը, վերականգնել DPA-ի կողմից վճարված ցանկացած նպաստի գումար, որը գերազանցում է սույն հոդվածում նկարագրված նպաստների դրույթների համաձայնեցման ներքո ստանձնած պարտավորությունները:

Բողոքների և բողոքարկման գործընթաց

Մեր հանձնառությունն է ապահովել ոչ միայն խնամքի որակը, այլ նաև որակը բուժման գործընթացում: Բուժման այս որակը տարածվում է ցանցային ատամնաբույժների կողմից մատուցվող մասնագիտական ծառայություններից մինչև մեր հեռախոսային ներկայացուցիչների կողմից Ձեզ տրամադրված քաղաքավարությունը: Եթե ունեք որևէ հարց կամ բողոք իրավունակության, ատամնաբուժական ծառայությունների կամ հայցերի մերժման, DPA-ի քաղաքականությունների, ընթացակարգերի կամ գործողությունների կամ ցանցի ատամնաբույժի կողմից իրականացվող ատամնաբուժական ծառայությունների որակի վերաբերյալ, Դուք իրավունք ունեք բողոք ներկայացնել կամ բողոքարկել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին: Խնդրում ենք անցնել **Գլուխ 9-ը** (*Բնչ անել, եթե ունեք խնդիր կամ զանգատ*)

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



(ապահովագրական որոշումներ, բողոքարկումներ, գանգատներ))՝ բողոք կամ բողոքարկում ներկայացնելու ձևի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Հարցերի դեպքում գանգահարեք DPA՝ **1-866-247-2486 [TTY՝ 711]** հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը, և աշխատանքային օրերին՝ ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը: Կարող եք նաև կապ հաստատել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ (հեռախոսահամարները տպված են այս փաստաթղթի հետևի շապիկին):

Ընդհանուր բացառություններ ատամնաբուժական HMO ծրագրի համար

- Ցանկացած ընթացակարգ, որն առանձին նշված չէ *Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակում*:
- Ցանկացած ընթացակարգ, որը ցանցի ատամնաբույժի մասնագիտական կարծիքով՝
 - ունի վատ կանխատեսում հաջող արդյունքի և ողջամիտ երկարակեցության համար՝ հիմնված ատամի կամ ատամների և/կամ հարակից կառուցվածքների վիճակի վրա, կամ
 - անհամապատասխան է ատամնաբուժության ընդհանուր ընդունված չափանիշներին:
- Ծառայություններ բացառապես կոսմետիկ նպատակներով կամ այն առողջական խնդիրների համար, որոնք ժառանգական կամ զարգացող արատների արդյունք են, ինչպիսիք են քիմքի ձեղքվածքը, վերին և ստորին ծնոտի արատները, բնածին բացակայող ատամները և գունաթափված կամ էմալ չունեցող ատամները:
- Կորցրած կամ գողացված պարագաներ, ինչպիսիք են ամբողջական կամ մասնակի ատամնաշարերը և շապիկները:
- Ընթացակարգեր, սարքեր կամ վերականգնում, եթե նպատակը ուղղահայաց չափսը փոխելն է, կամ քունք-ծնոտային հոդի (TMJ) ոչ նորմալ վիճակները ախտորոշելը կամ բուժելը, եթե այլ բան նշված չէ *Ատամնաբուժական ծառայությունների ընթացակարգի աղյուսակում*:
- Թանկարժեք մետաղ շարժական սարքերի համար, մետաղական կամ մշտական փափուկ հիմքեր՝ ամբողջական արհեստական պրոթեզների, ճենապակյա արհեստական պրոթեզների ատամների համար, շարժական մասնակի կամ ֆիքսված մասնակի արհեստական պրոթեզների ճշգրիտ հենարաններ ծածկույթներ, իմպլանտներ և դրանց հետ կապված սարքավորումներ) և ամբողջական և մասնակի արհեստական պրոթեզների անհատականացում և բնութագրում:
- Իմպլանտների օգտագործմամբ ատամնաբուժական սարքեր և կցորդներ, իմպլանտների տեղադրում, սպասարկում, հեռացում և բոլոր այլ ծառայությունները, որոնք կապված են ատամնաբուժական իմպլանտի հետ:

- Խորհրդատվություն չապահովագրված նպաստների համար:
- Ատամնաբուժական ծառայություններ, որոնք ստացվել են ցանկացած
ատամնաբուժական գրասենյակից, բացի նշանակված ցանցի ատամնաբույժից կամ
նախապես լիազորված ատամնաբուժական մասնագետից:
- Հիվանդանոցում, ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոնում, ընդլայնված խնամքի
հաստատությունում կամ այլ նմանատիպ խնամքի հաստատությունում ընդունվելու,
օգտագործելու կամ մնալու հետ կապված բոլոր վճարները:
- Դեղատոմսով դեղեր:
- Ցանկացած ատամնաբուժական բուժգործողության հետ կապված ատամնաբուժական
ծախսերը ծագել են նախքան Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում անդամի
իրավունակությունն ուժի մեջ մտնելը: Օրինակները ներառում են՝ ատամներ, որոնք
նախապատրաստվել են ատամնապսակների և լրիվ կամ մասնակի պրոթեզների համար,
որոնց համար վերցվել է տպավորություն:
- Միֆունկցիոնալ և պարաֆունկցիոնալ սարքեր և/կամ թերապիաներ:

F. Համայնքի աջակցություն

Դուք կարող եք աջակցություն ստանալ Ձեր Անհատականացված խնամքի ծրագրի
շրջանակներում: Համայնքային աջակցությունը բժշկական տեսանկյունից համապատասխան
և ծախսարդյունավետ այլընտրանքային ծառայություններ կամ կարգավորումներ են, որոնք
նախատեսված են Medi-Cal State Plan-ի ներքո: Անդամների համար այս ծառայությունները
պարտադիր չեն: Եթե Դուք որակավորվում եք, այս ծառայությունները կարող են օգնել Ձեզ
ավելի անկախ ապրել: Դրանք չեն փոխարինում այն նպաստներին, որոնք Դուք արդեն
ստանում եք Medi-Cal-ի շրջանակներում:

Համայնքային աջակցության օրինակները, որոնք մենք առաջարկում ենք, ներառում են
բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ սնունդ և կերակուրներ կամ բժշկական հարմարեցված
կերակուրներ, օգնություն Ձեզ կամ Ձեր խնամակալի համար, կամ ցնցուղի բռնակներ և
թեքահարթակներ: Համայնքային աջակցությունը ընտրովի ծառայություններ են (ոչ նպաստներ),
որոնք Blue Shield Promise Health Plan-ն առաջարկում է Medi-Cal-ի իրավունակ անդամներին: Այս
ծառայությունները անդամներին օգնություն են տրամադրում Երկարաժամկետ խնամքի
աջակցության ծառայություններից (LTSS) դուրս՝ անդամների խնամքը բարելավելու և աջակցելու
համար: Այս ծառայությունները կտարբերվեն՝ ելնելով անդամի կարիքներից և Blue Shield Promise
Health Plan-ի իրավասության չափանիշներից: Պահանջվում է նախօրոք լիազորում: Blue Shield
Promise Health Plan-ը Los Angeles և San Diego վարչաշրջանների համապատասխանող
անդամներին առաջարկում է Համայնքային աջակցություն:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413
(TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Անձնական խնամքի և տնային տնտեսության ծառայություններ	Անդամները ստանում են օգնություն Առօրյա կյանքի գործունեության (ADL) առնչությամբ, ինչպիսիք են լողանալը, հագնվելը, զուգարան գնալը, տեղափոխվելը կամ կերակրելը, և անձնական խնամքի ծառայություններ, ինչպիսիք են ճաշի պատրաստումը, մթերային գնումները և դրամի կառավարումը այն անդամների համար, ովքեր այլ կերպ չէին կարող մնալ իրենց տներում առանց այս աջակցության:
Ասթմայի բուժում	Անհատի տնային միջավայրի ֆիզիկական փոփոխություններ, որոնք ապահովում են առողջություն, բարեկեցություն և անվտանգություն կամ հնարավորություն են տալիս գործել տանը, եթե ասթմայի սուր նոպաները կարող են հանգեցնել հոսպիտալացման կամ շտապ օգնության ծառայություններ փնտրելու:
Բժշկական առումով հարմարեցված սնունդ/Բժշկական օժանդակ սնունդ	Մուցման աջակցություն անդամներին, հատկապես քրոնիկական հիվանդություններ ունեցողներին, երբ սննդառության նպատակներին հասնելը կարևոր է առողջ լինելու և առողջ մնալու համար:
Բնակարանային անցումային ծառայություններ	Անդամներն օգնություն են ստանում բնակարան ձեռք բերելու հարցում:
Բնակարանային ավանդներ	Անդամները ստանում են օգնություն՝ գտնելու, համակարգելու, ապահովելու կամ ֆինանսավորելու միանվագ ծառայություններ, որոնք անհրաժեշտ են հիմնական տնային տնտեսություն ստեղծելու համար:
Բնակարանների վարձակալության և պահպանման ծառայություններ	Անդամները բնակարան գտնելուց հետո ստանում են անվտանգ և կայուն վարձակալության աջակցություն:
Բուժքույրական հաստատության անցում/անցում աջակցվող բնակության հաստատություններ	Սա օգնում է անդամներին ապրել համայնքում և խուսափել հետագա մասնագիտացված հաստատություն ընդունվելուց:

Կարճաժամկետ հետիվանդանոցային բնակարան	Բնակության վայր բժշկական կամ վարքագծային բարձր կարիքներ ունեցող անդամների համար, ովքեր բնակավայր չունեն, որպեսզի շարունակեն ապաքինվել անմիջապես հիվանդանոցից կամ բնակելի հաստատությունից դուրս գալուց հետո:
Համայնքային անցումային ծառայություններ/բուժքույր ական հաստատությունից անցում դեպի տուն	Սա օգնում է անդամներին ապրել համայնքում և խուսափել հետագա մասնագիտացված հաստատություններից:
Շրջակա միջավայրի մատչելիության հարմարեցումներ (տան փոփոխություններ)	Ֆիզիկական հարմարեցումներ տանը՝ ապահովելու անհատի առողջությունը, բարեկեցությունը և անվտանգությունը և թույլ տալու անդամներին, ում այլ կերպ մասնագիտացված հաստատություն կպահանջվեր, մնալ իրենց տներում:
Սթափեցնող կենտրոններ	Ապահով, աջակցող վայրեր, որպեսզի անհատները սթափվեն ալկոհոլի կամ թմրամիջոցների պատճառով հրապարակայնորեն հարբած հայտնաբերված լինելուց և օգնություն անօթևանության կամ անկայուն կենսապայմաններ ունեցող անհատների համար, ովքեր այլ կերպ կուղարկվեն շտապօգնության բաժանմունք կամ բանտ:
Վերականգնողական խնամք (բժշկական տնային խնամքի ժամանակավոր թեթևացում)	Կարճաժամկետ բնակության վայրում խնամք նրանց համար, ովքեր այլևս հոսպիտալացման կարիք չունեն, բայց դեռ պետք է ապաքինվեն վնասվածքից կամ հիվանդությունից, ներառյալ հոգեկան առողջության խնդիրը, որը կարող է վատթարանալ անկայուն կենսամիջավայրում:
Տնային խնամքի ժամանակավոր թեթևացման ծառայություններ Medi-Cal-ի անդամների խնամողների համար	Կարճաժամկետ, ոչ բժշկական օգնություն խնամակալության պարտականություններից նրանց համար, ովքեր խնամում են Medi-Cal-ի անդամներին, ովքեր ընդհատվող ժամանակավոր հսկողություն են պահանջում:
Ցերեկային աֆիլիտացիոն ծրագրեր	Սա օգնում է Medi-Cal-ի անդամներին ոչ հաստատության պայմաններում զարգացնել ինքնօգնության, սոցիալականացման և հարմարվողականության հմտություններ, որոնք անհրաժեշտ են իրենց տնային միջավայրում հաջողության հասնելու համար:

Եթե օգնության կարիք ունեք կամ ցանկանում եք պարզել, թե որ Համայնքային աջակցությունը կարող է հասանելի լինել Ձեզ, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY 711) կամ զանգահարեք Ձեր առողջական խնամքի մատակարարին:

Տեղեկություններ անդամների համար

- Չանգահարեք Blue Shield Promise Health Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման Ձեր տարածքային բաժին՝ աշխատանքային օրերին, ժամը 08:00-ից 18:00. Los Angeles՝ 1-800-605-2556 / San Diego՝ 1-855-699-5557
- Չանգահարեք Առողջական խնամքի ընտրանքներ (HCO) 1-800-430-4263 (TTY 800-430-7077)
- Այցելեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժին լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOOS.aspx>

G. Նպաստներ, որոնք ապահովագրվում են մեր ծրագրից դուրս

Մենք չենք ապահովագրում հետևյալ ծառայությունները, բայց դրանք հասանելի են վճարովի ծառայություններ մատուցող Medi-Cal-ի միջոցով:

G1. California-ի Համայնքային անցումներ (CCT)

California-ի Համայնքային անցումներ (CCT) ծրագիրն օգտագործում է տեղական առաջատար կազմակերպությունները՝ օգնելու Medi-Cal-ի իրավունակ շահառուներին, որոնք առնվազն 60 օր անընդմեջ ապրել են ստացիոնար հաստատությունում, վերադառնալ և ապահով ապրել համայնքային միջավայրում: CCT ծրագիրը ֆինանսավորում է անցումային համակարգման ծառայությունները՝ նախաանցումային ժամանակահատվածում և անցումից հետո 365 օրվա ընթացքում՝ օգնելու շահառուներին համայնքային միջավայր վերադառնալու ընթացքում:

Դուք կարող եք ստանալ անցումային համակարգման ծառայություններ ցանկացած CCT առաջատար կազմակերպությունից, որը սպասարկում է այն վարչաշրջանը, որտեղ Դուք ապրում եք: CCT առաջատար կազմակերպությունների և նրանց կողմից սպասարկվող վարչաշրջանների ցանկը կարող եք գտնել Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի կայքում՝ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT:

CCT անցումային համակարգման ծառայություններ

Medi-Cal-ը վճարում է անցումային համակարգման ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այս ծառայությունների համար:

Ծառայությունների համար, որոնք չեն առնչվում Ձեր CCT անցման հետ

Մատակարարը մեզ հաշիվ է ուղարկում Ձեր ծառայությունների համար: Մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր անցումից հետո մատուցվող ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այս ծառայությունների համար:

Մինչ Դուք ստանում եք CCT անցման համակարգման ծառայություններ, մենք վճարում ենք **Բաժին D-ի** Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար:

Դեղերի ապահովագրման նպաստի փոփոխություն չկա

CCT ծրագիրը չի ապահովագրում դեղերը: Դուք շարունակում եք ստանալ դեղերի Ձեր սովորական նպաստը մեր ծրագրի միջոցով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը*:

Նշում. Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ոչ CCT անցումային խնամք, զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ CCT անցումային խնամքն այնպիսի խնամք է, որը չի առնչվում հաստատությունից Ձեր անցման հետ:

G2. Medi-Cal Dental

Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental-ի միջոցով:

Լրացուցիչ տեղեկություններն առկա են [SmileCalifornia.org](https://smilecalifornia.org) կայքում: Medi-Cal Dental-ը ներառում է, բայց չի սահմանափակվում այնպիսի ծառայություններով, ինչպիսիք են՝

- նախնական զննումը, ռենտգեն, ատամների մաքրումը, ֆիսուրների հերմետիզացիան և ֆտորով բուժումը
- վերականգնումներ և ատամնապսակներ
- ատամարմատի խողովակի թերապիա
- մասնակի և ամբողջական արհեստական ատամնաշարերը, շտկումները, վերանորոգումները և արհեստական ատամնաշարերի կրկին տեղադրումը

Medi-Cal Dental-ում հասանելի ատամնաբուժական նպաստների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ եթե օգնության կարիք ունեք Medi-Cal-ն ընդունող ատամնաբույժ գտնելու համար, դիմեք հաճախորդների սպասարկման գիծ՝ 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2922): Հեռախոսազանգն անվճար է: Medi-Cal Dental-ի ներկայացուցիչները Ձեզ օգնելու համար հասանելի են 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել smilecalifornia.org/ կայքը:

Los Angeles վարչաշրջաններում Դուք կարող եք ստանալ Medi-Cal ատամնաբուժական նպաստներ Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի ծրագրի (Dental MCP) միջոցով: Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագրերի

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



մասին կամ ցանկանում եք փոփոխություններ կատարել, դիմեք Առողջական խնամքի ընտրանքներ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077), երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 18:00: Զանգն անվճար է: DMC կոնտակտները հասանելի են նաև այստեղ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx:

www.hpsm.org/dental

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես **Բաժին D-ի** նպաստների աղյուսակը:

G3. Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS)

- IHSS ծրագիրը կօգնի վճարել խնամքի մասնակից մատակարարներին Ձեզ մատուցվող ծառայությունների համար, որպեսզի Դուք կարողանաք ապահով ապրել Ձեր սեփական տանը: IHSS-ը համարվում է տանից դուրս խնամքի այլընտրանք, ինչպիսիք են ծերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները:
- Ծառայություններ ստանալու համար անցկացվում է գնահատում՝ որոշելու, թե որ տեսակի ծառայություններ կարող են հաստատվել յուրաքանչյուր մասնակցի համար՝ ելնելով իր կարիքներից: Ծառայությունների տեսակները, որոնք կարող են լիազորվել IHSS-ի միջոցով հետևյալն են՝ տան մաքրում, ճաշի պատրաստում, լվացք, մթերային գնումներ, անձնական խնամքի ծառայություններ (օրինակ՝ աղիների և միզապարկի խնամք, լոզանք, հարդարանք և պարաֆժկական ծառայություններ), բժշկական այցերի ուղեկցում և պաշտպանական հսկողություն մտավոր խնդիրներ ունեցողների համար:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել Ձեզ դիմել Ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալությանը՝ IHSS-ի համար: Դիմելու համար կարող եք նաև կապվել Los Angeles-ի IHSS գրասենյակի հետ՝ 1-888-944-4477 և San Diego-ի IHSS գրասենյակի հետ՝ 1-800-339-4661 հեռախոսահամարներով:

G4. 1915(c) Տնային և համայնքահեն ծառայություններից (HCBS) հրաժարման ծրագրեր Աջակցվող բնակության ծրագրի հրաժարում (ALW)

- Աջակցվող բնակության ծրագրի հրաժարումը (ALW) Medi-Cal-ի իրավունակ շահառուներին առաջարկում է աջակցվող բնակավայրում բնակվելու ընտրություն՝ որպես ծերանոցում երկարատև տեղավորման այլընտրանք: ALW-ի նպատակն է հեշտացնել ծերանոցից անցումը դեպի տնային և համայնքային միջավայր կամ կանխել հմուտ բուժքույրերի ընդունելությունն այն շահառուների համար, ովքեր ծերանոց տեղավորվելու անմիջական կարիք ունեն:

- Անդամները, որոնք ընդգրկված են ALW-ում, կարող են մնալ ALW-ում գրանցված միաժամանակ ստանալով մեր ծրագրով նախատեսված նպաստները: Մեր ծրագիրն աշխատում է Ձեր ALW խնամքի համակարգող գործակալության հետ՝ Ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:
- ALW-ն ներկայումս հասանելի է միայն հետևյալ վարչաշրջաններում՝ Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara և Sonoma:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել Ձեզ դիմել ALW-ի համար: Դուք կարող եք գտնել տեղական գործակալություններ, որոնք կարող են համակարգել Ձեր խնամքը ALW ծրագրի համար այստեղ՝ dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

HCBS հրաժարում Զարգացման հաշմանդամություն ունեցող California-ի բնակիչների համար (HCBS-DD)

California-ի Ինքնորոշման ծրագրի (SDP) հրաժարում զարգացման հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար

- Գոյություն ունի 1915(c) երկու հրաժարում՝ HCBS-DD հրաժարում և SDP հրաժարում, որոնք ծառայություններ են մատուցում այն մարդկանց, ում մոտ ախտորոշվել է զարգացման առնչվող հաշմանդամություն, որը սկսվում է մինչև անհատի 18-ամյակը լրանալը և ակնկալվում է, որ այն կշարունակվի անորոշ ժամանակով: Երկու հրաժարումները որոշակի ծառայություններ ֆինանսավորելու միջոցներ են, որոնք թույլ են տալիս զարգացման արատների հետևանքով հաշմանդամություն ունեցող անձանց ապրել տանը կամ համայնքում, այլ ոչ թե բնակվել լիցենզավորված առողջապահական հաստատությունում: Այս ծառայությունների ծախսերը համատեղ ֆինանսավորվում են դաշնային կառավարության Medicaid ծրագրի և California նահանգի կողմից: Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել Ձեզ կապվել DD հրաժարման ծառայություններին:

Տնային և համայնքահեն այլընտրանքից (HCBA) հրաժարում

- HCBA հրաժարումը խնամքի կառավարման ծառայություններ է տրամադրում ծերանոցում կամ հաստատությունում տեղակայման ռիսկի տակ գտնվող անձանց: Խնամքի կառավարման ծառայությունները տրամադրվում են բազմապրոֆիլ մասնագիտական խնամքի կառավարման թիմի կողմից, որը բաղկացած է բուժքույրից և սոցիալական աշխատողից: Թիմը համակարգում է հրաժարման և նահանգային ծրագրի ծառայությունները (ինչպես օրինակ՝ բժշկական, վարքագծային առողջություն, Տնային աջակցության



ծառայություններ և այլն) և կազմակերպում է տեղական համայնքում հասանելի այլ երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն: Խնամքի կառավարման և հրաժարման ծառայությունները տրամադրվում են մասնակցի համայնքում հիմնված բնակության վայրում: Այս բնակավայրը կարող է լինել մասնավոր սեփականություն, ապահովված լինել վարձակալի վարձակալության պայմանագրով կամ մասնակցի ընտանիքի անդամի բնակության վայրը լինել:

- Այն անդամները, որոնք ընդգրկված են HCBA հրաժարման ծրագրում, կարող են մնալ HCBA հրաժարման ծրագրում՝ միաժամանակ ստանալով մեր ծրագրով նախատեսված նպաստները: Մեր ծրագիրը համագործակցում է Ձեր HCBA հրաժարման գործակալության հետ՝ Ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել Ձեզ դիմել HCBA-ի համար:
- Կախված Los Angeles վարչաշրջանում Ձեր փոստային դասիցի՝ կամ «Partners in Care»-ը, կամ «Access TLC»-ն հանդիսանում են Ձեր տեղական HCBA գործակալությունը: Պարզելու համար, թե որ գործակալությունն է անհրաժեշտ, գտեք Ձեր բնակության տարածքի փոստային դասիչն այստեղ՝ [https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx) Չանգահարեք «Partners in Care»՝ 1-800-251-6764 Չանգահարեք «Access TLC»՝ 1-800-852-9887 հեռախոսահամարով
- San Ysidro Health-ը San Diego վարչաշրջանի տեղական HCBA գործակալությունն է: Չանգահարեք San Ysidro Health 1-833-503-5910 հեռախոսահամարով, 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:

Medi-Cal Հրաժարման ծրագիր (MCWP)

- Medi-Cal Հրաժարման ծրագիրն (MCWP) ապահովում է դեպքերի համապարփակ կառավարում և խնամքի անմիջական ծառայություններ ՄԻԱՎ-ով ապրող անձանց՝ որպես խնամքի հաստատության կամ հոսպիտալացման այլընտրանք: Գործի կառավարումը մասնակցակենտրոն, թիմային մոտեցում է, որը բաղկացած է գրանցված բուժքույրից և սոցիալական աշխատանքի մենեջերից: Գործի կառավարիչներն աշխատում են մասնակցի և առաջնային խնամքի մատակարար(ներ)ի, ընտանիքի, խնամակալ(ներ)ի և այլ ծառայություններ մատուցողների հետ՝ գնահատելու խնամքի կարիքները, որպեսզի մասնակցին պահեն իր տանը և համայնքում:
- MCWP-ի նպատակներն են. (1) տնային և համայնքային ծառայություններ տրամադրել ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց, ովքեր այլ կերպ կարող են

պահանջել ինստիտուցիոնալ ծառայություններ, (2) ՄԻԱՎ-ով մասնակիցներին աջակցել առողջության կառավարման հարցում, (3) բարելավել սոցիալական և վարքագծային առողջության աջակցության հասանելիությունը և (4) համակարգել ծառայություններ մատուցողներին և վերացնել ծառայությունների կրկնօրինակումը:

- Այն անդամները, ովքեր ընդգրկված են MCWP հրաժարման ծրագրում, կարող են մնալ MCWP հրաժարման ծրագրում՝ միաժամանակ նաև ստանալով մեր ծրագրով նախատեսված նպաստները: Մեր ծրագիրն աշխատում է Ձեր MCWP-ի հրաժարման գործակալության հետ՝ Ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել Ձեզ դիմել MCWP-ի համար: ՁԻԱՀ-ի Տարածաշրջանային տեղեկատվական և գնահատման համակարգը (ARIES) բաց է երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00 (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով): Օգնության սեղան դիմելու համար՝
- Զանգահարեք 1-866-411-ARIES (2743) հեռախոսահամարով կամ
- ARIES Օգնության սեղանի հարցում ուղարկեք aries@cdph.ca.gov հասցեով և ներառեք Ձեր անունը, գործակալությունը, հեռախոսահամարը, հարցը/խնդիրը: ՄԻ ներառեք հաճախորդի որևէ տվյալ:

Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)

- Տարեցների բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիրը (MSSP) տրամադրում է և՛ սոցիալական, և՛ առողջական խնամքի կառավարման ծառայություններ՝ օգնելու անհատներին մնալ իրենց տներում և համայնքներում:
- Մինչ ծրագրի մասնակիցների մեծ մասը նաև ստանում է Տնային աջակցության ծառայություններ, MSSP-ն ապահովում է շարունակական խնամքի համակարգում, մասնակիցներին կապում է այլ անհրաժեշտ համայնքային ծառայությունների և ռեսուրսների հետ, համակարգում է առողջական խնամքի մատակարարների հետ և գնում է որոշ անհրաժեշտ ծառայություններ, որոնք այլ կերպ հասանելի չեն՝ հաստատություն ընդունումը կանխելու կամ հետաձգելու համար: Խնամքի կառավարման և այլ ծառայությունների ընդհանուր տարեկան համակցված արժեքը պետք է ավելի ցածր լինի, քան հմուտ բուժքույրական հաստատությունում խնամք ստանալու արժեքը:
- Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների մասնագետների թիմը MSSP-ի յուրաքանչյուր մասնակցին տրամադրում է առողջության և

հոգեբանա-սոցիալական ամբողջական գնահատում՝ անհրաժեշտ ծառայությունները որոշելու համար: Այնուհետև թիմն աշխատում է MSSP-ի մասնակցի, նրա բժշկի, ընտանիքի և այլոց հետ՝ անհատական խնամքի ծրագիր մշակելու համար: Ծառայություններն ընդգրկում են՝

- խնամքի կառավարում
- չափահասի ցերեկային խնամք
- տան աննշան վերանորոգում/սպասարկում
- լրացուցիչ տնային աշխատանք, անձնական խնամք և պաշտպանիչ հսկողության ծառայություններ
- հանգստի ծառայություններ
- փոխադրման ծառայություններ
- խորհրդատվական և թերապևտիկ ծառայություններ
- ճաշի ծառայություններ
- հաղորդակցական ծառայություններ:
- Անդամները, ովքեր ընդգրկված են MSSP հրաժարման ծրագրում, կարող են մնալ MSSP հրաժարման ծրագրում՝ միաժամանակ ստանալով մեր ծրագրով նախատեսված արտոնությունները: Մեր ծրագիրը համագործակցում է Ձեր MSSP-ի մատակարարի հետ՝ Ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել Ձեզ դիմել MSSP-ի համար: Դուք կարող եք MSSP մատակարար գտնել Ձեր տարածքում՝ զանգահարելով California-ի Տարեցների բաժին՝ 1-800-510-2020 հեռախոսահամարով, կամ California-ի Տարեցների բաժնի կայքի «Find Services in My County» (Գտնել ծառայություններ իմ վարչաշրջանում) էջում՝ ընտրելով Ձեր վարչաշրջանը՝ https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty:

G5. Վարքագծային առողջության վարչաշրջանային ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր ծրագրից դուրս (Հոգեկան առողջության և Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման ծառայություններ)

Դուք մուտք ունեք բժշկականորեն անհրաժեշտ վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք Medicare-ը և Medi-Cal-ը ապահովագրում են: Մենք տրամադրում ենք մուտք վարքագծային առողջության ծառայություններին, որոնք ապահովագրված են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքով: Մեր ծրագիրը չի տրամադրում Medi-Cal



մասնագիտացված հոգեկան առողջության կամ թմրանյութերի օգտագործման խանգարման վարչաշրջանային ծառայություններ, սակայն այս ծառայությունները հասանելի են Ձեզ վարքագծային առողջապահական վարչաշրջանային գործակալությունների միջոցով:

Medi-Cal-ի հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները հասանելի են Ձեզ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության ծրագրի (MHP) միջոցով, եթե Դուք համապատասխանում եք հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններից օգտվելու չափանիշներին: Medi-Cal մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Ձեր վարչաշրջանի MHP-ի կողմից, ներառում են.

- հոգեկան առողջության ծառայություններ
- դեղամիջոցների աջակցության ծառայություններ
 - ցերեկային բուժման ինտենսիվ ծառայություններ
- ցերեկային վերականգնողական բուժում
 - ճգնաժամային միջամտության ծառայություններ
 - ճգնաժամի կայունացման ծառայություններ
- բնակության վայրում չափահասների բուժման ծառայություններ
- բնակության վայրում ճգնաժամային բուժման ծառայություններ
- հոգեբուժական առողջապահական հաստատության ծառայություններ
- հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ
- դեպքերի նպատակային կառավարում
- թերապևտական վարքագծային ծառայություններ
- թերապևտիկ խնամատարություն
- ինտենսիվ խնամքի համակարգում
- տանը մատուցվող ինտենսիվ ծառայություններ
- վերադարձ արդարադատական համակարգից
- ինտենսիվ համայնքային բուժում (ACT)
- դատական համակարգում ինտենսիվ համայնքային բուժում (FACT)

- համակարգված մասնագիտացված խնամք (CSC) փսիխոլոգի առաջին դրվագ (FEP) ունեցողների համար
- ակումբային աջակցության ծառայություններ
- համայնքային բուժաշխատողների (CHW) ուժեղացված ծառայություններ

Drug Medi-Cal-ի (DMC) ծառայությունները հասանելի են Ձեզ՝ Ձեր վարչաշրջանի վարքագծային առողջության գործակալության միջոցով, եթե Դուք համապատասխանում եք այս ծառայությունները ստանալու չափանիշներին:

- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- պերինատալ բնակության վայրում թմրանյութերի օգտագործման խանգարման բուժում
- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- թմրամիջոցների բուժման ծրագիր
- թմրամոլության բուժման դեղեր (նաև կոչվում է Դեղորայքային օժանդակ բուժում)
- վաղ միջամտության ծառայություններ (21 տարեկանից ցածր տարիքի անդամների համար)
- վաղ պարբերական զննում, ախտորոշում և բուժում (21 տարեկանից ցածր տարիքի անդամների համար)

Drug Medi-Cal-ի կազմակերպված առաքման համակարգի (DMC-ODS) ծառայությունները ներառում են՝

- ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- թմրամոլության բուժման դեղեր (նաև կոչվում է Դեղորայքային օժանդակ բուժում)
- բնակության վայրում բուժման ծառայություններ
- հեռացման կառավարման ծառայություններ
- թմրամիջոցների բուժման ծրագիր
- վերականգնման ծառայություններ
- խնամքի համակարգում

- վաղ միջամտության ծառայություններ (21 տարեկանից ցածր տարիքի անդամների համար)
- վաղ պարբերական զննում, ախտորոշում և բուժում (21 տարեկանից ցածր տարիքի անդամների համար)
- ստացիոնար բուժման ծառայություններ

Բացի վերը թվարկված ծառայություններից, Դուք կարող եք օգտվել կամավոր ստացիոնար թունագերծման ծառայություններից, եթե համապատասխանում եք չափանիշներին:

Վարքագծային առողջության ծառայությունների առկայություն

Ձեզ հասանելի է համապարփակ ծառայությունների ամբողջական տեսականի: Դուք կարող եք ինքնուրույն դիմել պայմանագրային մատակարարին, և կարող եք նաև ուղղորդվել Ձեր PCP-ի կողմից, ընտանիքի անդամի և այլնի կողմից: Ծառայություններից օգտվելու համար «սխալ դուռ չկա»: Ծառայություններ ստանալու հարցում օգնության համար կարող եք կապվել հետևյալի հետ՝

- Վարչաշրջանի ճգնաժամային և ուղղորդման գիծ (տե՛ս այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 2-ի Բաժին K-ն*՝ հեռախոսահամարի և աշխատանքի ժամերի համար)
- Los Angeles վարչաշրջանի Հանրային առողջության վարչության Թմրանյութերի չարաշահման կանխարգելման և վերահսկման բաժին (խնդրում ենք զանգահարել 1-888-742-7900 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր)
- San Diego վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության ծառայությունների Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման ծառայություն (խնդրում ենք զանգահարել 1-888-724-7240 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր)
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Վարքագծային առողջության գիծ (տե՛ս այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 2-ի Բաժին D-ն*՝ հեռախոսահամարի և աշխատանքային ժամերի համար)
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին (հեռախոսահամարը և աշխատանքային ժամերը տպված են այս էջի ներքևում)

Բժշկականորեն անհրաժեշտ ծառայությունների որոշման գործընթաց

Բժշկական անհրաժեշտությունը որոշվում է համապատասխան լիցենզավորված Մատակարարի կողմից: Բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներն օգտագործվում են ինչպես Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի, այնպես էլ Վարչաշրջանի կողմից, մշակվել են վարքագծային առողջության փորձագետների և այլ շահագրգիռ կողմերի կողմից և համապատասխանում են կանոնակարգող պահանջներին:



Ուղեգրման գործընթաց Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի և Վարչաշրջանի միջև

Եթե Դուք ծառայություններ եք ստանում Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ից կամ Վարչաշրջանից, Ձեզ կարող են ուղեգրել Ձեր կարիքներին համապատասխան այլ կազմակերպության: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը կամ Վարչաշրջանը կարող են ուղեգրել Ձեզ՝ զանգահարելով այն կազմակերպությանը, որին ուղարկվում է ուղեգիրը: Նաև ուղեգրման ձևաթուղթ պետք է լրացվի ուղեգրող Մատակարարի կողմից և ուղարկվի այն կազմակերպությանը, որին Ձեզ ուղեգրում են:

Խնդրի լուծման գործընթաց

Եթե Ձեր և Վարչաշրջանի կամ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի միջև վեճ լինի, Դուք կշարունակեք ստանալ բժշկականորեն անհրաժեշտ վարքագծային խնամք, ներառյալ դեղատոմսով դեղերը, մինչև վեճը լուծվի: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ն աշխատել է Վարչաշրջանի հետ՝ մշակելու լուծման գործընթացներ, որոնք ժամանակին են և բացասաբար չեն ազդում այն ծառայությունների վրա, որոնք Ձեզ հարկավոր են: Դուք կարող եք նաև օգտագործել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կամ Վարչաշրջանի բողոքարկման գործընթացը՝ կախված այն կազմակերպությունից, որի հետ Դուք վեճ ունեք: Բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք Ձեր Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը:

Ի. Նպաստներ, որոնք չեն ապահովագրվում մեր ծրագրի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից

Այս բաժինը Ձեզ տեղեկություններ է տրամադրում մեր ծրագրի կողմից բացառված նպաստների մասին: «Բացառված» նշանակում է, որ մենք չենք վճարում այս նպաստների համար: Medicare-ը և Medi-Cal-ը նույնպես չեն վճարում դրանց համար:

Ստորև բերված ցանկը նկարագրում է որոշ ծառայություններ և պարագաներ, որոնք ոչ մի պայմանով չեն ապահովագրվում մեր կողմից, իսկ որոշները բացառված են միայն որոշ դեպքերում:

Մենք չենք վճարում այս բաժնում (կամ այս *Անդամի տեղեկագրքի* ցանկացած այլ հատվածում) նշված՝ բացառված բժշկական նպաստների համար, բացառությամբ թվարկված առանձնահատուկ դեպքերի: Նույնիսկ եթե Դուք ծառայություններ եք ստանում շտապ օգնության հաստատությունում, ծրագիրը չի վճարի այդ ծառայությունների համար: Եթե կարծում եք, որ մեր ծրագիրը պետք է վճարի չապահովագրվող ծառայության համար, կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկումների մասին տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի* Գլուխ 9-ը:

Բացի Նպաստների աղյուսակում նկարագրված ցանկացած բացառումներից կամ սահմանափակումներից, մեր ծրագիրը չի ծածկում հետևյալ պարագաները և ծառայությունները.

- համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի՝ ծառայությունները չեն համարվում «հիմնավորված և բժշկականորեն անհրաժեշտ», քանի դեռ նշված չեն որպես ապահովագրվող ծառայություններ:
- փորձարարական բժշկական և վիրաբուժական բուժումները, պարագաները և դեղամիջոցները, քանի դեռ Medicare-ը կամ Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական գիտական հետազոտություններ անցկացնող հաստատությունը, կամ մեր ծրագիրը չի ծածկում դրանք: Կլինիկական գիտական հետազոտությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ը*: Փորձարարական բուժումը և պարագաները նրանք են, որոնք ընդհանուր առմամբ ընդունված չեն բժշկական համայնքի կողմից:
- պաթոլոգիկ գիրության վիրաբուժական բուժում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այն բժշկականորեն անհրաժեշտ է, և Medicare-ը վճարում է դրա համար:
- առանձին սենյակ հիվանդանոցում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա բժշկականորեն անհրաժեշտ է
- մասնավոր հերթապահ բուժքույրեր
- անձնական պարագաների առկայությունը հիվանդանոցի կամ ծերանոցի Ձեր սենյակում, օրինակ՝ հեռախոս կամ հեռուստացույց
- լրիվ դրույքով բուժքույրական խնամք Ձեր տանը
- վճարներ, որոնք գանձվում են Ձեր անմիջական հարազատների կամ ձեր ընտանիքի անդամների կողմից
- Ձեր տուն առաքվող կերակուրներ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք նկարագրված են **Բաժին D-ի** Նպաստների աղյուսակի բաժնում
- ընտրովի կամ կամավոր բարելավման ընթացակարգեր կամ ծառայություններ (ներառյալ քաշի կորուստը, մազերի աճը, սեռական ակտիվությունը, մարզական ակտիվությունը, կոսմետիկ նպատակները, ծերության կանխարգելման և մտավոր ակտիվություն), բացառությամբ այն դեպքերի, երբ բժշկականորեն անհրաժեշտ է
- կոսմետիկ վիրաբուժություն կամ այլ կոսմետիկ աշխատանք, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա անհրաժեշտ է պատահարի վնասվածքի պատճառով կամ

մարմնի այն հատվածի բարելավման համար, որը ճիշտ ձևավորված չէ: Սակայն, մենք վճարում ենք մաստեկտոմիայից հետո կրծքագեղձի վերականգնման և մյուս կրծքի բուժման համար՝ դրան համապատասխանելու համար

- բեկաբուժական խնամք, բացառությամբ ողնաշարի ձեռքով մանիպուլյացիայի, որը համապատասխանում է ապահովագրության ուղեցույցներին, բացառությամբ այն դեպքերի, որոնք նկարագրված են բեկաբուժական ծառայությունների (Medicare-ի կողմից չապահովագրվող) բաժնում՝ **Բաժին D-ի** Նպաստների աղյուսակում
- ոտքերի ընթացիկ խնամք, բացառությամբ այն դեպքերի, որոնք նկարագրված են **Բաժին D-ի** նպաստների աղյուսակի Պոդիատրիկ ծառայություններում
- օրթոպեդիկ կոշիկներ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կոշիկները ոտքի ամրացման մաս չեն կազմում և ներառված չեն ամրակալի արժեքի մեջ, կամ կոշիկները նախատեսված են դիաբետիկ ոտնաթաթի հիվանդություն ունեցող անձի համար:
- ոտքերի համար օժանդակ սարքեր, բացառությամբ դիաբետիկ ոտնաթաթի հիվանդություն ունեցող մարդկանց օրթոպեդիկ կամ բուժական կոշիկների
- ճառագայթային կերատոտոմիա, LASIK վիրահատություն և ցածր տեսողության այլ օժանդակ միջոցներ
- մանրէազերծման բուժգործողությունների հակադարձում
- բնաբույժի ծառայություններ (բնական կամ այլընտրանքային բուժման կիրառում)
- ծառայություններ, որոնք մատուցվում են վետերաններին Վետերանների գործերի (VA) հաստատություններում: Սակայն, երբ վետերանը շտապ օգնություն է ստանալ VA հիվանդանոցում, և VA-ի ծախսերի բաշխումն ավել լինի, քան մեր ծրագրով նախատեսված ծախսերի բաշխումը, մենք վետերանին կփոխհատուցենք տարբերությունը: Դուք դեռ պատասխանատու եք Ձեր ծախսերի բաշխման գումարների համար:

Գլուխ 5. Ամբուլատոր դեղերի ստացումը

Ներածություն

Այս գլուխը բացատրում է Ձեր ամբուլատոր դեղերը ստանալու կանոնները: Սրանք դեղեր են, որոնք Ձեր մատակարարը պատվիրում է Ձեզ համար, և որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից կամ տնային առաքման միջոցով: Դրանք ներառում են դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս D-ով և Medi-Cal-ով: Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 6-ը** պատմում է, թե ինչ եք վճարում այս դեղերի համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրի* վերջին գլխում:

Մենք նաև ապահովագրում ենք հետևյալ դեղերը, չնայած դրանք չեն քննարկվում այս գլխում.

- **Դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս A-ով:** Դրանք հիմնականում ներառում են դեղեր, որոնք Ձեզ տրվել են հիվանդանոցում կամ բուժքույրական հաստատությունում գտնվելու ժամանակ:
- **Medicare Մաս B-ով ապահովագրված դեղեր:** Դրանք ներառում են որոշ քիմիաթերապիայի դեղեր, որոշ դեղերի ներարկումներ, որոնք Ձեզ տրվել են բժշկի կամ այլ մատակարարի ընդունարան այցելության ժամանակ, և դեղեր, որոնք Ձեզ տրվում են դիալիզի կլինիկայում: Հավելյալ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե Medicare Մաս B-ի որ դեղերն են ապահովագրված, ուսումնասիրեք նպաստների աղյուսակը այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 4-ում**:
- Բացի ծրագրի Medicare Մաս D-ից և բժշկական նպաստների ապահովագրությունից, Ձեր դեղերը կարող են ապահովագրվել Original Medicare-ի կողմից, եթե Դուք գտնվում եք Medicare հոսփիսում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք ծանոթանալ **Գլուխ 5-ի Բաժին F3-ին**՝ «Medicare-ի կողմից վկայագրված հոսփիս ծրագրում»:

Մեր ծրագրի ամբուլատոր դեղերի ապահովագրության կանոնները

Մենք սովորաբար ապահովագրում ենք Ձեր դեղերը, քանի դեռ Դուք հետևում եք այս բաժնի կանոններին:

Ձեր դեղատոմսը պետք է դուրս գրված լինի մատակարարի կողմից (բժիշկ, ատամնաբույժ կամ այլ դեղատոմս նշանակող) և վավեր լինի գործող նահանգային օրենսդրության համաձայն: Այս անձը հաճախ Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարն է (PCP): Դա կարող է լինել նաև մեկ այլ մատակարար, եթե Ձեր PCP-ն Ձեզ ուղղորդել է խնամքի համար:

Ձեր դեղատոմսը **չպետք է** լինի Medicare-ի բացառման կամ կանխարգելման ցանկում կամ որևէ նմանատիպ Medi-Cal-ի ցանկում:

Դուք սովորաբար պետք է օգտագործեք ցանցային դեղատոմս՝ Ձեր դեղատոմսը լրացնելու համար: (Տե՛ս **Բաժին A1-ը**՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար): Կամ կարող եք լրացնել Ձեր դեղատոմսը՝ ծրագրի տնային առաքման ծառայության միջոցով:

Ձեր դեղատոմսով դեղը պետք է լինի մեր ծրագրի *Ապահովագրված դեղերի ցանկում*: Մենք այն կարճ անվանում ենք «*Դեղերի ցանկ*»: (Տե՛ս **Բաժին B-ն** այս գլխում):

- Եթե այն չկա *Դեղերի ցանկում*, մենք կարող ենք այն ապահովագրել՝ Ձեզ բացառություն տրամադրելով:
- Բացառությունը խնդրելու մասին տեղեկանալու համար ուսումնասիրեք **Գլուխ 9-ը**:
- Խնդրում ենք նաև նկատի ունենալ, որ Ձեր կողմից նշանակված դեղն ապահովագրելու հայտը կգնահատվի և՛ Medicare-ի և՛ Medi-Cal-ի ստանդարտներով:

Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցումների համար: Սա նշանակում է, որ դեղի օգտագործումը կա՛մ հաստատված է Մանդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կողմից, կա՛մ աջակցվում է որոշակի բժշկական հղումներով: Ձեր բժիշկը կարող է օգնել բացահայտելու բժշկական տեղեկանքները՝ աջակցելու նշանակված դեղամիջոցի պահանջվող օգտագործմանը: FDA-ի կամ տեղեկատու գրքերի կողմից չաջակցվող առողջական խնդիրները բուժելու համար օգտագործվող դեղամիջոցները կոչվում են «չպիտակավորված» ցուցումներ: Դեղերը, որոնք օգտագործվում են «չպիտակավորված» ցուցումների համար, բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցումներ չեն և, հետևաբար, ապահովագրված նպաստ չեն, եթե այս «չպիտակավորված» օգտագործումը նշված չէ CMS-ի կողմից հաստատված տեղեկատու գրքերից մեկում:

Ձեր դեղը կարող է պահանջել մեր ծրագրի հաստատումը՝ որոշակի չափանիշների հիման վրա, նախքան մենք այն ապահովագրենք: (Տե՛ս **Բաժին C-ն** այս գլխում):

Բովանդակություն

A. Ձեր դեղատոմսերը լրացնելը	201
A1. Ձեր դեղատոմսի լրացումը ցանցի դեղատոմսը.....	201
A2. Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտն օգտագործելը, երբ դեղատոմս եք լրացնում.....	201
A3. Ինչ անել, եթե փոխել եք Ձեր ցանցի դեղատոմսը	202
A4. Ինչ անել, եթե Ձեր դեղատոմսը դուրս գա ցանցից.....	202
A5. Մասնագիտացված դեղատոմսից օգտվելը.....	202
A6. Տնային առաքման ծառայություններից օգտվելը Ձեր դեղերը ստանալու համար	203



A7. Դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալը	205
A8. Մեր ծրագրի ցանցից դուրս դեղատնից օգտվելը.....	205
A9. Դեղատոմսի համար Ձեզ հետ վճարելը	206
B. Մեր ծրագրի <i>Դեղերի ցանկը</i>	206
B1. Դեղեր մեր <i>Դեղերի ցանկում</i>	206
B2. Ինչպես դեղ գտնել մեր <i>Դեղերի ցանկում</i>	207
B3. Դեղեր, որոնք մեր <i>Դեղերի ցանկում</i> չեն	208
B4. <i>Դեղերի ցանկի</i> ծախսաբաժնի մակարդակներ.....	209
C. Որոշ դեղերի սահմանափակումներ	210
D. Պատճառները, թե ինչու Ձեր դեղը կարող է չապահովագրվել.....	212
D1. Ժամանակավոր պաշար ստանալը	213
D2. Ժամանակավոր պաշարի խնդրելը	214
D3. Բացառություն խնդրել	214
E. Ձեր դեղերի ապահովագրության փոփոխությունները	215
F. Դեղերի ապահովագրություն հատուկ դեպքերում	218
F1. Հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում մնալու համար, որն ապահովագրվում է մեր ծրագրի կողմից.....	218
F2. Երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում.....	218
F3. Medicare-ի կողմից վկայագրված հոսփիս ծրագրում	218
G. Դեղերի անվտանգության և դեղերի կառավարման ծրագրեր.....	219
G1. Ծրագրեր՝ օգնելու Ձեզ անվտանգ օգտագործել դեղերը.....	219
G2. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն Ձեզ կառավարել Ձեր դեղերը	219
G3. Դեղերի կառավարման ծրագիր (DMP)՝ անդամներին օգնելու անվտանգ օգտագործել օփիոիդ դեղերը	220



A. Ձեր դեղատոմսերը լրացնելը

A1. Ձեր դեղատոմսի լրացումը ցանցի դեղատանը

Շատ դեպքերում մենք դեղատոմսերի համար վճարում ենք միայն այն դեպքում, երբ դրանք լրացվում են մեր ցանցի դեղատներից որևէ մեկում: Ցանցի դեղատունն այն դեղերի խանութն է, որը համաձայնում է դեղատոմսեր լրացնել մեր ծրագրի անդամների համար: Դուք կարող եք օգտվել մեր ցանցի ցանկացած դեղատնից: (Տեղեկատվության համար տե՛ս **Բաժին A8-ն** այն մասին, թե երբ ենք մենք ապահովագրում արտացանցային դեղատներում ստացված դեղատոմսերը):

Ցանցի դեղատուն գտնելու համար նայեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*, այցելեք մեր կայք կամ կապվեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ:

A2. Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտն օգտագործելը, երբ դեղատոմս եք լրացնում

Ձեր դեղատոմսը լրացնելու համար **ցույց տվեք Ձեր Անդամի ID քարտը** Ձեր ցանցի դեղատանը: Ցանցի դեղատունը մեզ հաշիվ է ներկայացնում Ձեր ապահովագրված դեղերի արժեքի մեր բաժնի համար: Հնարավոր է, որ անհրաժեշտ լինի դեղատանը վճարել համավճար, երբ վերցնում եք Ձեր դեղատոմսը:

Հիշեք, որ Ձեզ անհրաժեշտ է Ձեր Medi-Cal քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (BIC)՝ Medi-Cal Rx ապահովագրված դեղերից օգտվելու համար:

Եթե դեղատոմսը լրացնելիս Ձեզ հետ չունեք Ձեր Անդամի ID քարտը կամ BIC-ը, խնդրեք դեղատանը զանգահարել մեզ՝ անհրաժեշտ տեղեկատվություն ստանալու համար, կամ կարող եք խնդրել դեղատանը փնտրել Ձեր ծրագրի գրանցման մասին տեղեկությունները:

Եթե դեղատունը չի կարողանում ստանալ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, Դուք կարող եք ստիպված լինել վճարել դեղատոմսի ամբողջ արժեքը, երբ այն վերցնեք: Այնուհետև կարող եք խնդրել մեզ, որ Ձեզ հետ վճարենք մեր բաժնեմասը: **Եթե չեք կարող վճարել դեղի համար, անմիջապես դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի:** Մենք ամեն ինչ կանենք՝ օգնելու համար:

- Մեզ խնդրելու համար, որ հետ վճարենք Ձեզ, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի* **Գլուխ 7-ը**:
- Եթե դեղատոմսը լրացնելու համար օգնության կարիք ունեք, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի կամ Ձեր խնամքի համակարգողին:



A3. Ինչ անել, եթե փոխել եք Ձեր ցանցի դեղատոմսը

Եթե փոխեք դեղատոմսերը և դեղատոմս լրացնելու կարիք ունեք, կարող եք կամ խնդրել, որ նոր դեղատոմս գրվի մատակարարի կողմից, կամ խնդրեք Ձեր դեղատանը, որպեսզի դեղատոմսը տեղափոխեն նոր դեղատոմս, եթե որևէ լրացում դեռ մնացել է:

Եթե Ձեր ցանցի դեղատոմսը փոխելու հարցում օգնության կարիք ունեք, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր խնամքի համակարգողին:

A4. Ինչ անել, եթե Ձեր դեղատոմսը դուրս գա ցանցից

Եթե Ձեր օգտագործած դեղատոմսը դուրս է գալիս մեր ծրագրի ցանցից, Դուք պետք է ցանցի նոր դեղատոմս գտնեք:

Ցանցի նոր դեղատոմս գտնելու համար տեսեք *Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատվություն*, այցելեք մեր կայքը կամ կապվեք հաճախորդների սպասարկման կամ ձեր խնամքի համակարգողի հետ:

A5. Մասնագիտացված դեղատոմսի օգտվելը

Երբեմն դեղատոմսերը պետք է լրացվեն մասնագիտացված դեղատանը: Մասնագիտացված դեղատոմսերը ներառում են.

- Դեղատոմս, որոնք տրամադրում են դեղեր տնային ներարկման թերապիայի համար:
- Դեղատոմս, որոնք դեղեր են մատակարարում երկարաժամկետ խնամքի հաստատության բնակիչներին, ինչպիսին է ծերանոցը:
 - Սովորաբար, երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններն ունեն իրենց սեփական դեղատոմսերը: Եթե Դուք երկարաժամկետ խնամքի հաստատության բնակիչ եք, մենք ապահովում ենք, որ Դուք կարողանաք ձեռք բերել Ձեզ անհրաժեշտ դեղերը հաստատության դեղատոմսից:
 - Եթե Ձեր երկարաժամկետ խնամքի հաստատության դեղատոմսը մեր ցանցում չէ, կամ Դուք դժվարանում եք ստանալ Ձեր դեղերը երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:
- Հնդկացիների առողջական խնամքի մատակարար (IHCP) դեղատոմսեր: Ամերիկյան հնդկացիները և Ալյասկայի բնիկ անդամները մուտք ունեն դեղատոմսեր հնդկացիների առողջական խնամքի մատակարարի (IHCP) մոտ այնքանով, որքանով ունեն գրանցված մանրածախ դեղատոմս: Եթե Դուք ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ չեք, Դուք դեռ կարող եք ծառայություններ ստանալ մանրածախ դեղատոմսից IHCP-ում, եթե Ձեզ նշանակեն կլինիկա կամ արտակարգ իրավիճակի համար:



- Դեղատներ, որոնք դեղեր են տրամադրում, որոնք FDA-ի կողմից սահմանափակված են որոշակի վայրերում կամ որոնք պահանջում են հատուկ մշակում, մատակարարի համակարգում կամ դրանց օգտագործման վերաբերյալ կրթություն: (Նշում. այս սցենարը հազվադեպ է տեղի ունենում):
- Մասնագիտացված դեղատուն գտնելու համար տեսեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատվություն*, այցելեք մեր կայքը կամ կապվեք հաճախորդների սպասարկման բաժնի կամ ձեր խնամքի համակարգողի հետ:

A6. Տնային առաքման ծառայություններից օգտվելը Ձեր դեղերը ստանալու համար

Որոշ տեսակի դեղերի համար Դուք կարող եք օգտագործել մեր ծրագրի ցանցի տնային առաքման ծառայությունը: Ընդհանրապես տնային առաքման միջոցով հասանելի դեղերն այն դեղերն են, որոնք Դուք կանոնավոր կերպով ընդունում եք քրոնիկ կամ երկարատև բժշկական վիճակի դեպքում: Դեղերը, որոնք հասանելի չեն մեր ծրագրի տնային առաքման ծառայության միջոցով, մեր *Դեղերի ցանկում* նշված են NDS նշանով:

Մեր ծրագրի տնային առաքման ծառայությունը թույլ է տալիս Ձեզ պատվիրել ապահովագրված դեղերի մինչև 100 օրվա պաշար՝ մակարդակ 1-ից մինչև մակարդակ 4-ը: 100 օրվա պաշարն ունի նույն համալճար, ինչ մեկամսյա պաշարը:

Դեղատոմսերի լրացում փոստով

Տնային առաքման միջոցով Ձեր դեղատոմսերը լրացնելու մասին տեղեկություններ ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի այս գրքույկի հետևի շապիկի վրա նշված հեռախոսահամարով: Եթե Դուք օգտագործում եք տնային առաքման դեղատուն, որը ծրագրի ցանցում չէ, Ձեր դեղատոմսը չի ապահովագրվի:

Սովորաբար տուն առաքվող դեղատոմսը հասնում է 5 օրվա ընթացքում: Դուք ծանուցում կստանաք, եթե Ձեր տուն առաքման դեղատոմսով պատվերի հետաձգում լինի: Եթե այս մասին հարցեր ունեք, խնդրում ենք կապ հաստատել Amazon դեղատան Blue Shield-ի կողմից նշանակված Հաճախորդների խնամքի թիմի հետ 1-856-208-4665 հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Եթե անհրաժեշտ է, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժինը կարող է օգնել Ձեզ դեղորայքի բավարար պաշար ձեռք բերել տեղական մանրածախ ցանցի դեղատնից, հետևաբար Դուք առանց դեղորայքի չեք մնա մինչև Ձեր տուն առաքման դեղը հասնելը: Սա կարող է պահանջել կապ հաստատել Ձեր բժշկի հետ, որպեսզի վերջինս հեռախոսով կամ ֆաքսով նոր դեղատոմս ուղարկի մանրածախ ցանցային դեղատուն՝ անհրաժեշտ դեղորայքի քանակի համար, մինչև ստանաք Ձեր տուն առաքվող դեղը:

Եթե առաքումը չի կատարվում դեղատոմսը տնային առաքման մատակարարից պատվիրելուց հետո 5 օրվա ընթացքում, և դա պայմանավորված է փոստային համակարգում դեղորայքի կորելով, Amazon Pharmacy-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժինը կարող է կազմակերպել փոխարինող պատվեր:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Տնային առաքման գործընթացներ

Տնային առաքման ծառայությունն ունի տարբեր ընթացակարգեր նոր դեղատոմսերի համար, որոնք այն ստանում է Ձեզանից, նոր դեղատոմսերի համար, որոնք ստանում է ուղղակիորեն Ձեր մատակարարի գրասենյակից, և Ձեր տնային առաքման դեղատոմսերի լրացումները:

1. Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատունը ստանում է Ձեզանից

Դեղատունն ավտոմատ կերպով լրացնում և տրամադրում է Ձեզանից ստացված նոր դեղատոմսերը:

2. Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատունը ստանում է Ձեր մատակարարի գրասենյակից

Այն բանից հետո, երբ դեղատունը դեղատոմս է ստանում առողջական խնամքի մատակարարից, այն կապվում է Ձեզ հետ՝ պարզելու, թե արդյոք ցանկանում եք, որ դեղը անմիջապես լրացվի, թե ավելի ուշ:

- Սա Ձեզ հնարավորություն է տալիս համոզվել, որ դեղատունը ճիշտ դեղ է մատակարարում (ներառյալ ուժգնությունը, քանակությունը և ձևը) և, անհրաժեշտության դեպքում, թույլ է տալիս դադարեցնել կամ հետաձգել պատվերը՝ նախքան Ձեր հաշիվը գանձելը և այն առաքվելը:
- Պատասխանեք ամեն անգամ, երբ դեղատունը կապվում է Ձեզ հետ՝ նրանց տեղեկացնելու, թե ինչ անել նոր դեղատոմսի հետ և ինչպես կանխել առաքման հետաձգումները:

3. Տնային առաքման դեղատոմսերի լրացումներ

Ձեր դեղերի լրացումների համար Դուք հնարավորություն ունեք գրանցվել ավտոմատ լրացման ծրագրին: Այս ծրագրի շրջանակներում մենք ավտոմատ կերպով ընթացք կտանք Ձեր դեղի հաջորդ լրացմանը, երբ մեր տվյալները ցույց տան, որ Ձեր դեղը գրեթե սպառվել է:

- Դեղատունը կապվում է Ձեզ հետ՝ նախքան յուրաքանչյուր վերալցում ուղարկելը, որպեսզի համոզվեք, որ Ձեզ ավելի շատ դեղամիջոց է անհրաժեշտ, և Դուք կարող եք չեղարկել պլանավորված վերալցումները, եթե Ձեր դեղորայքը բավարար է, կամ եթե Ձեր դեղորայքը փոխվել է:
- Եթե որոշեք չօգտագործել մեր ավտոմատ լրացման ծրագիրը, կապվեք Ձեր դեղատան հետ Ձեր ընթացիկ դեղատոմսն սպառվելուց 14 օր առաջ՝ համոզվելու, որ Ձեր հաջորդ պատվերը ժամանակին կառաքվի Ձեզ:

Մեր ծրագրից հրաժարվելու համար, որը ավտոմատ կերպով պատրաստում է տուն առաքման վերալցումներ, կապվեք մեզ հետ՝ զանգահարելով Amazon Pharmacy 1-856-208-4665 հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ / շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:



Դեղատանը տեղեկացրեք Ձեզ հետ կապվելու լավագույն ուղիները, որպեսզի նրանք կարողանան կապ հաստատել Ձեզ հետ՝ նախքան առաքելը Ձեր պատվերը հաստատելու համար: Խնդրում ենք համոզվել, որ Ձեր կոնտակտային տվյալները միշտ թարմացվում են Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կողմից: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է թարմացնել Ձեր հեռախոսահամարը կամ հասցեն, խնդրում ենք կապվել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ (հեռախոսահամարը նշված է այս էջի ներքևում):

A7. Դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալը

Դուք կարող եք ստանալ մեր ծրագրի *Դեղերի ցանկում* գտնվող երկարաժամկետ պահպանման դեղերի պաշար: Պահպանման դեղերն այն դեղեր են, որոնք Դուք կանոնավոր կերպով ընդունում եք քրոնիկ կամ երկարատև առողջական խնդրի դեպքում:

Ցանցի որոշ դեղատներ թույլ են տալիս Ձեզ երկարաժամկետ սպասարկման դեղեր ձեռք բերել: 100 օրվա պաշարն ունի նույն համավճար, ինչ մեկամսյա պաշարը: *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատվություն* Ձեզ տեղեկություններ է տրամադրում, թե որ դեղատները կարող են Ձեզ երկարաժամկետ պահպանման դեղերի պաշար տրամադրել: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև զանգահարել Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Որոշ տեսակի դեղերի համար Դուք կարող եք օգտագործել մեր ծրագրի ցանցային տնային առաքման ծառայությունները՝ պահպանող դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալու համար: Տե՛ս **Բաժին A6-ը**՝ տնային առաքման ծառայությունների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:

A8. Մեր ծրագրի ցանցից դուրս դեղատնից օգտվելը

Ընդհանրապես մենք վճարում ենք արտացանցային դեղատներում լրացված դեղերի համար միայն այն դեպքում, երբ Դուք չեք կարող օգտվել ցանցային դեղատնից: Մենք ունենք արտացանցային դեղատներ մեր սպասարկման տարածքից դուրս, որտեղ Դուք կարող եք ստանալ դեղատոմսերը՝ որպես մեր ծրագրի անդամ: Այս դեպքերում նախ կապ հաստատեք Ձեր խնամքի համակարգողի կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ պարզելու, թե արդյոք մոտակայքում ցանցի դեղատուն կա:

Մենք վճարում ենք արտացանցային դեղատանը լրացված դեղատոմսերի համար հետևյալ դեպքերում.

- Եթե Դուք չեք կարողանում ժամանակին ապահովագրված դեղ ստանալ մեր սպասարկման տարածքում, քանի որ ցանցի դեղատներ չկան մեքենա վարելու ողջամիտ հեռավորությամբ, որոնք ապահովում են 24-ժամյա սպասարկում:
- Եթե Դուք փորձում եք լրացնել ապահովագրված դեղատոմսով դեղ, որը կանոնավոր կերպով չի պահվում իրավասու ցանցի մանրածախ կամ փոստային սպասարկմամբ դեղատանը (այդ դեղերը ներառում են օրֆանային դեղեր, թանկարժեք և եզակի դեղեր կամ այլ մասնագիտացված դեղագործական միջոցներ):

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Ձեր բժշկի գրասենյակում կիրառվող որոշ պատվաստանյութեր, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ի Մաս B-ով և հիմնավորված կերպով հնարավոր չէ ձեռք բերել ցանցի դեղատներում, կարող են ապահովագրվել մեր ցանցից դուրս հասանելիության ներքո:
- Արտացանցային գտնվող դեղատներում դեղատոմսերը սահմանափակվում են ապահովագրված դեղերի 30-օրյա պաշարով:

A9. Դեղատոմսի համար Ձեզ հետ վճարելը

Եթե Դուք պետք է օգտվեք արտացանցային դեղատնից, ապա սովորաբար պետք է վճարեք ամբողջ արժեքը համավճարի փոխարեն, երբ ստանում եք Ձեր դեղատոմսը: Դուք կարող եք խնդրել մեզ՝ Ձեզ հետ վճարել արժեքի մեր մասնաբաժինը:

Եթե Դուք վճարում եք Ձեր դեղատոմսի ամբողջ արժեքը, որը կարող է ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ի կողմից, Դուք կարող եք դեղատան կողմից փոխհատուցվել, երբ Medi-Cal Rx-ը վճարի դեղատոմսի համար: Որպես այլընտրանք, Դուք կարող եք խնդրել Medi-Cal Rx-ին փոխհատուցել Ձեզ՝ ներկայացնելով «Medi-Cal-ի գրպանից ծախսերի փոխհատուցում (Conlan)» հայցը: Լրացուցիչ տեղեկություններ կարելի է գտնել Medi-Cal Rx կայքում՝ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/:

Այս մասին հավելյալ տեղեկություններ համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի* Գլուխ 7-ը:

B. Մեր ծրագրի Դեղերի ցանկը

Մենք ունենք *Ապահովագրված դեղերի ցանկ*: Մենք այն կարճ անվանում ենք «Դեղերի ցանկ»:

Բժիշկների և դեղագործների թիմի օգնությամբ մենք ընտրում ենք *Դեղերի ցանկի* դեղերը: *Դեղերի ցանկը* նաև Ձեզ տեղեկացում է այն կանոնների մասին, որոնց Դուք պետք է հետևեք Ձեր դեղերը ստանալու համար:

Մենք, ընդհանուր առմամբ, ապահովագրում ենք մեր ծրագրի *Դեղերի ցանկում* գտնվող դեղը, երբ հետևում եք այս գլխում մեր բացատրած կանոններին:

B1. Դեղեր մեր Դեղերի ցանկում

Մեր *Դեղերի ցանկը* ներառում է դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս D-ի ներքո:

Դեղերի մեծ մասը, որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից, ապահովագրված են մեր ծրագրի կողմից: Այլ դեղերը, ինչպիսիք են որոշ առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղեր և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Խնդրում ենք այցելել Medi-Cal Rx կայքը (medi-calrx.dhcs.ca.gov) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել Ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով Ձեր դեղատոմսերն ստանալու ժամանակ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Մեր *Դեղերի ցանկը* ներառում է ապրանքանիշով դեղեր, լայն սպառման դեղեր և կենսաբանական ապրանքներ (որոնք կարող են ներառել կենսահամանման նյութերը):

Ապրանքանշային դեղը այնպիսի դեղ է, որը վաճառվում է դեղ արտադրողի ապրանքային նշանի ներքո: Կենսաբանական ապրանքները դեղեր են, որոնք ավելի բարդ են, քան տիպիկ դեղերը: Մեր *Դեղերի ցանկում*, երբ մենք հիշատակում ենք «դեղերը», դա կարող է նշանակել դեղ կամ կենսաբանական ապրանք:

Ջեներիկ դեղերն ունեն նույն բաղադրիչները, ինչ ապրանքանիշով դեղերը: Կենսաբանական ապրանքներն ունեն այլընտրանքներ, որոնք կոչվում են կենսանմանակներ: Ընդհանրապես, ջեներիկ դեղերը և կենսաբանական նյութերն աշխատում են նույնքան լավ, որքան ապրանքանիշով դեղերը կամ կենսաբանական ապրանքները և սովորաբար էժան են: Կան ջեներիկ դեղերի փոխարինողներ, որոնք հասանելի են բազմաթիվ ապրանքանիշով դեղերի և կենսահամանման այլընտրանքների համար որոշ սկզբնական կենսաբանական ապրանքների համար: Որոշ կենսանմանակներ փոխարինող կենսանմանակներ են և, կախված նահանգային օրենքից, կարող են փոխարինվել դեղատանը սկզբնական կենսաբանական ապրանքի համար առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության, ինչպես օրինակ ջեներիկ դեղերը կարող են փոխարինվել ապրանքանիշով դեղերի համար:

Ուսումնասիրեք **Գլուխ 12-ը** դեղերի այն տեսակների սահմանումների համար, որոնք կարող են լինել *Դեղերի ցանկում*:

B2. Ինչպես դեղ գտնել մեր *Դեղերի ցանկում*

Պարզելու, թե արդյոք Ձեր ընդունած դեղն առկա է մեր *Դեղերի ցանկում*, կարող եք.

- Այցելել մեր ծրագրի կայքը՝ blueshieldca.com/medformulary2027: Մեր կայքում *Դեղերի ցանկը* միշտ թարմացված է:
- Ջանգահարել Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ պարզելու, թե արդյոք դեղը գտնվում է մեր *Դեղերի ցանկում* կամ ցանկի պատճենը խնդրելու համար:
- Դեղամիջոցները, որոնք չեն ապահովագրվում Մաս D-ով, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Խնդրում ենք այցելել Medi-Cal Rx կայքը (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) լրացուցիչ տեղեկությունների համար
- Օգտագործել մեր «Real Time Benefit Tool» (Իրական ժամանակում նպաստների գործիքը) blueshieldca.com/medicare կայքում՝ *Դեղերի ցանկում* դեղեր փնտրելու համար՝ մոտավոր հաշվարկելու, թե ինչ եք վճարելու, և արդյոք *Դեղերի ցանկում* կան այլընտրանքային դեղեր, որոնք կարող են բուժել նույն առողջական խնդիրը: Կարող եք նաև զանգահարել Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Այս գործիքի միջոցով Դուք կարող եք դեղեր որոնել *Դեղերի ցանկում*, որպեսզի մոտավոր հաշվարկեք, թե ինչ եք վճարելու, և արդյոք *Դեղերի ցանկում* կան այլընտրանքային դեղեր, որոնք կարող են բուժել նույն առողջական խնդիրը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Ինչպես մուտք գործել Rx price check գործիքը.
 - Ստեղծեք կամ մուտք գործել Ձեր անդամի առցանց հաշիվ:
 - Անցեք myblueshield, այնուհետև սեղմեք «Pharmacy» (Դեղատոմս)՝ «Benefits» (Նպաստներ) բաժնի ներքո:
 - «Price check my Rx»-ի (Ստուգել իմ դեղատոմսի գինը) ներքո սեղմեք «Check current prescriptions» (Ստուգել ընթացիկ դեղատոմսերը):

B3. Դեղեր, որոնք մեր *Դեղերի ցանկում* չեն

Մենք չենք ապահովագրում բոլոր դեղերը:

- Որոշ դեղեր մեր *Դեղերի ցանկում* չկան, քանի որ օրենքը մեզ թույլ չի տալիս ապահովագրել այդ դեղերը:
- Որոշ դեպքերում մենք որոշել ենք չընդգրկել դեղը մեր *Դեղերի ցանկում*:
- Որոշ դեպքերում Դուք կարող եք ձեռք բերել դեղ, որը մեր *Դեղերի ցանկում* չէ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Գլուխ 9-ը**:

Մեր ծրագիրը չի վճարում այս բաժնում նկարագրված դեղերի տեսակների համար: Դրանք կոչվում են **բացառված դեղեր**: Եթե Դուք դեղատոմս եք ստանում բացառված դեղի համար, հնարավոր է, որ կարիք լինի, որ Դուք ինքներդ վճարեք դրա համար: Եթե կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք բացառված դեղի համար Ձեր դեպքի պատճառով, կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 9-ը**:

Ահա երեք ընդհանուր կանոններ բացառված դեղերի համար.

1. Մեր ծրագրի ամբուլատոր դեղերի ապահովագրությունը (որը ներառում է Medicare Մաս D-ը) չի կարող վճարել մի դեղի համար, որը Medicare Մաս A-ն կամ Medicare Մաս B-ն արդեն ապահովագրում են: Մեր ծրագիրն անվճար ապահովագրում է Medicare Մաս A-ի կամ Medicare Մաս B-ի ներքո ապահովագրված դեղերը, սակայն այս դեղերը չեն համարվում Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի նպաստների մաս:
2. Մեր ծրագիրը չի կարող ապահովագրել United States-ից և նրա տարածքներից դուրս գնված դեղը:
3. Դեղի օգտագործումը պետք է հաստատվի FDA-ի կողմից կամ աջակցվի որոշակի բժշկական տեղեկանքներով՝ որպես Ձեր հիվանդության բուժում: Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարարը կարող է նշանակել որոշակի դեղամիջոց՝ Ձեր առողջական խնդիրը բուժելու համար, նույնիսկ եթե այն հաստատված չէ այդ առողջական խնդիրը բուժելու համար: Սա կոչվում է «չպիտակավորված օգտագործում»: Մեր ծրագիրը սովորաբար չի ընդգրկում այն դեղերը, որոնք նախատեսված են չպիտակավորված օգտագործման համար:



Նաև, օրենքի համաձայն, Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն կարող ապահովագրել ստորև թվարկված դեղերի տեսակները:

- Պտղաբերությունը խթանելու համար օգտագործվող դեղեր
- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են հազի կամ մրսածության ախտանիշները թեթևացնելու համար*
- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են կոսմետիկ նպատակներով կամ մազերի աճը խթանելու համար
- Դեղատոմսով վիտամիններ և հանքանյութեր, բացառությամբ նախաճնայան վիտամինների և ֆտորիդ* պատրաստուկների
- Մեռական կամ էրեկտիլ դիսֆունկցիայի բուժման համար օգտագործվող դեղեր
- Անորեքսիայի, քաշի կորստի կամ քաշի ավելացման համար օգտագործվող դեղեր*
- Ամբուլատոր դեղեր, որոնք արտադրվել են մի ընկերության կողմից, որն ասում է, որ Դուք պետք է թեստերը կամ ծառայությունները կատարեք միայն նրանց կողմից

*Ընտրված ապրանքները կարող են ապահովագրվել Medi-Cal-ի կողմից: Խնդրում ենք այցելել Medi-Cal Rx կայքը (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

B4. Դեղերի ցանկի ծախսաբաժնի մակարդակներ

Մեր Դեղերի ցանկի յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է հինգ մակարդակից որևէ մեկում: Մակարդակն, ընդհանուր առմամբ, նույն տեսակի դեղերի խումբ է (օրինակ՝ ապրանքանիշով, ջեներիկ կամ OTC դեղերը): Ընդհանրապես որքան բարձր է ծախսաբաժնի մակարդակը, այնքան ավելի բարձր է Ձեր դեղի արժեքը:

- Ծախսաբաժնի մակարդակ 1. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր (ծախսաբաժնի ամենացածր մակարդակ)՝ ներառում է նախընտրելի ջեներիկ դեղեր:
- Ծախսաբաժնի մակարդակ 2. Ջեներիկ դեղեր՝ ներառում է ջեներիկ դեղեր և կենսանմանակներ:
- Ծախսաբաժնի մակարդակ 3. Նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր՝ ներառում է նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր, կենսանմանակներ և որոշ ջեներիկ դեղեր:
- Ծախսաբաժնի մակարդակ 4. Ոչ նախընտրելի դեղեր՝ ներառում է ոչ նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր, կենսանմանակներ և որոշ ջեներիկ դեղեր:



- Ծախսաբաժնի մակարդակ 5. Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր (ծախսաբաժնի ամենաբարձր մակարդակ)՝ ներառում է շատ թանկ ապրանքանիշով դեղեր, կենսանմանակներ և ջեներիկ դեղեր, որոնք կարող են պահանջել օգտագործման հատուկ պայմաններ և/կամ մանրակրկիտ մոնիտորինգ:

Պարզելու, թե ծախսաբաժնի որ մակարդակում է գտնվում Ձեր դեղը, փնտրեք դեղը մեր *Դեղերի ցանկում*:

Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 6-ը** պատմում է, թե որքան գումար եք վճարում դեղերի համար յուրաքանչյուր մակարդակում:

C. Որոշ դեղերի սահմանափակումներ

Որոշ դեղերի համար հատուկ կանոնները սահմանափակում են, թե ինչպես և երբ է մեր ծրագիրն ապահովագրում դրանք: Ընդհանրապես, մեր կանոնները խրախուսում են Ձեզ ստանալ այնպիսի դեղ, որը գործում է Ձեր առողջական խնդրի համար, ինչպես նաև անվտանգ և ազդեցիկ է: Երբ անվտանգ, ավելի ցածր արժողությամբ դեղը գործում է նույնքան լավ, որքան ավելի բարձր արժողությամբ դեղը, մենք ակնկալում ենք, որ Ձեր մատակարարը կնշանակի ավելի ցածր արժեքով դեղը:

Նկատի ունեցեք, որ երբեմն դեղը կարող է մեկ անգամից ավելի հայտնվել մեր *Դեղերի ցանկում*: Պատճառն այն է, որ նույն դեղերը կարող են տարբեր լինել՝ ելնելով Ձեր մատակարարի կողմից նշանակված դեղի հզորությունից, քանակից կամ ձևից, և տարբեր սահմանափակումներ կարող են կիրառվել դեղերի տարբեր տարբերակների նկատմամբ (օրինակ՝ 10 մգ-ն ընդդեմ 100 մգ-ի, օրական մեկ դեղն ընդդեմ երկու դեղահատի, դեղահատն ընդդեմ հեղուկի):

Եթե Ձեր դեղի համար կա հատուկ կանոն, դա սովորաբար նշանակում է, որ Դուք կամ Ձեր մատակարարը պետք է լրացուցիչ քայլեր ձեռնարկեք, որպեսզի մենք ապահովագրենք դեղը: Օրինակ, Ձեր մատակարարը կարող է նախ մեզ հայտնել Ձեր ախտորոշումը կամ տրամադրել արյան անալիզների արդյունքները: Եթե Դուք կամ Ձեր մատակարարը կարծում եք, որ մեր կանոնը չպետք է վերաբերի Ձեր իրավիճակին, խնդրեք մեզ օգտագործել փոխհատուցման որոշման գործընթացը՝ բացառություն անելու համար: Մենք կարող ենք համաձայնել կամ չհամաձայնել թույլ տալու Ձեզ օգտագործել դեղն առանց լրացուցիչ քայլեր ձեռնարկելու:

Բացառություններ խնդրելու մասին հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 9-ը**:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



1. Ապրանքանիշով դեղի կամ բնօրինակ կենսաբանական ապրանքի օգտագործման սահմանափակում, երբ հասանելի է ջեներիկ կամ փոխարինող կենսանմանակի տարբերակը

Ընդհանրապես, ջեներիկ դեղը կամ փոխարինող կենսանմանակը գործում է նույն կերպ, ինչ ապրանքանիշով դեղը կամ բնօրինակ կենսաբանական ապրանքը և սովորաբար ավելի քիչ արժե: Շատ դեպքերում, եթե առկա է ապրանքանիշով դեղի կամ հասանելի է բնօրինակ կենսաբանական ապրանքի ջեներիկ կամ փոխարինող կենսանմանակի տարբերակը, մեր ցանցի դեղատները Ձեզ տալիս են ջեներիկ կամ փոխարինող կենսանմանակի տարբերակը:

- Մենք սովորաբար չենք վճարում ապրանքանիշով դեղի կամ բնօրինակ կենսաբանական ապրանքի համար, երբ կա հասանելի ջեներիկ տարբերակը:
- Սակայն, եթե Ձեր մատակարարը մեզ տեղեկացրել է այն բժշկական պատճառի մասին, որի պատճառով ջեներիկ դեղը կամ փոխարինող կենսանմանակը հարմար չէ Ձեզ համար, մենք ապահովագրում ենք ապրանքանիշով դեղը:
- Ձեր համավճարը կարող է ավելի մեծ լինել ապրանքանիշով դեղի կամ բնօրինակ կենսաբանական ապրանքի համար՝ համեմատած ջեներիկ դեղի կամ փոխարինող կենսանմանակի համար:

2. Նախապես ծրագրի հաստատում ստանալը

Որոշ դեղերի համար Դուք կամ Ձեր բժիշկը պետք է հաստատում ստանաք մեր ծրագրից՝ նախքան Ձեր դեղատոմսը լրացնելը: Մա կոչվում է նախօրոք լիազորում: Այն իրականացվում է դեղերի անվտանգությունն ապահովելու և որոշ դեղերի պատշաճ օգտագործումն ապահովելու նպատակով: Եթե Դուք հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չապահովագրել դեղը: Նախօրոք լիազորում մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ մեր կայքում՝ blueshieldca.com/medformulary2027:

3. Նախ այլ դեղ փորձելը

Ընդհանրապես, մենք ցանկանում ենք, որ Դուք փորձեք ավելի ցածր գնով դեղեր, որոնք նույնքան արդյունավետ են, նախքան ավելի թանկ դեղերն ապահովագրելը: Օրինակ, եթե դեղ A-ն և B-ն բուժում են միևնույն առողջական խնդիրը, և դեղ A-ն արժե ավելի քիչ, քան դեղ B-ն, մենք կարող ենք պահանջել, որ Դուք նախ փորձեք դեղ A-ն:

Եթե դեղ A-ն չի գործում Ձեր դեպքում, ապա մենք ապահովագրում ենք դեղ B-ն: Մա կոչվում է փուլային թերապիա: Փուլային թերապիայի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ մեր կայքում՝ blueshieldca.com/medformulary2027:

4. Քանակի սահմանափակումներ

Որոշ դեղերի դեպքում մենք սահմանափակում ենք դեղի քանակը, որը Դուք կարող եք ունենալ: Սա կոչվում է քանակի սահմանափակում: Օրինակ, եթե սովորաբար անվտանգ է համարվում որոշակի դեղի օրական ընդամենը մեկ հաբ ընդունելը, մենք կարող ենք սահմանափակել, թե որքան դեղ կարող եք ստանալ ամեն անգամ, երբ լրացնում եք Ձեր դեղատոմսը:

Պարզելու, թե արդյոք վերոնշյալ կանոններից որևէ մեկը վերաբերում է այն դեղին, որը Դուք ընդունում եք կամ ցանկանում եք ընդունել, ստուգեք մեր *Դեղերի ցանկը*: Ամենաթարմ տեղեկատվության համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ ստուգեք մեր կայքը՝ blueshieldca.com/medformulary2027: Եթե համաձայն չեք մեր ապահովագրական որոշման հետ՝ վերոնշյալ պատճառներից որևէ մեկի վրա հիմնվելով, կարող եք բողոքարկել: Խնդրում ենք ուսումնասիրել այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9*-ը:

D. Պատճառները, թե ինչու Ձեր դեղը կարող է չապահովագրվել

Մենք փորձում ենք այնպես անել, որ Ձեր դեղերի ապահովագրությունը լավ աշխատի Ձեզ համար, բայց երբեմն դեղը կարող է չապահովագրվել այնպես, ինչպես Դուք եք ցանկանում: Օրինակ.

- Մեր ծրագիրը չի ներառում այն դեղը, որը Դուք ցանկանում եք ընդունել: Դեղը կարող է չլինել մեր *Դեղերի ցանկում*: Մենք կարող ենք ապահովագրել դեղի ջեներիկ տարբերակը, բայց ոչ այն ապրանքանիշով տարբերակը, որը Դուք ցանկանում եք ընդունել: Դեղը կարող է նոր լինել, և մենք դեռ չենք վերանայել այն՝ անվտանգության և արդյունավետության տեսանկյունից:
- Մեր ծրագիրն ընդգրկում է դեղը, սակայն կան հատուկ կանոններ կամ սահմանափակումներ ապահովագրության վերաբերյալ: Ինչպես բացատրվեց վերոնշյալ բաժնում, որոշ դեղեր, որոնք մեր ծրագիրն ընդգրկում է, ունեն կանոններ, որոնք սահմանափակում են դրանց օգտագործումը: Որոշ դեպքերում Դուք կամ Ձեզ դեղ նշանակողը կարող է բացառություն խնդրել մեզնից:
- Դեղը ապահովագրված է, բայց ծախսաբաժնի մակարդակով, որը Ձեր ծախսը դարձնում է ավելի թանկ, քան Դուք կարծում եք, որ պետք է լինի:

Կան բաներ, որոնք Դուք կարող եք անել, եթե մենք չապահովագրենք դեղն այնպես, ինչպես Դուք եք ցանկանում, որ մենք այն ապահովագրենք:



D1. Ժամանակավոր պաշար ստանալը

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք Ձեզ դեղի ժամանակավոր պաշար տալ, երբ դեղը մեր *Դեղերի ցանկում* չէ կամ ինչ-որ կերպ սահմանափակված է: Սա Ձեզ ժամանակ է տալիս խոսելու Ձեր մատակարարի հետ այլ դեղ ստանալու մասին կամ խնդրելու մեզ ապահովագրել դեղը:

Դեղերի ժամանակավոր պաշար ստանալու համար Դուք պետք է պահպանեք ստորև նշված երկու կանոնը.

1. Դեղը, որը Դուք ընդունում եք՝

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

2. Դուք պետք է լինեք հետևյալ իրավիճակներից մեկում.

- Դուք անցյալ տարի մեր ծրագրում էիք:
 - Մենք ապահովագրում ենք դեղի ժամանակավոր պաշար **օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:**
 - Այս ժամանակավոր պաշարը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար:
 - Եթե Ձեր դեղատոմսը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլատրում ենք բազմակի վերալրացումներ՝ մինչև առավելագույնը 30 օր դեղ ապահովելու համար: Դուք պետք է դեղատոմսը լրացնեք ցանցի դեղատանը:
 - Երկարատև խնամքի դեղատները կարող են տրամադրել Ձեր դեղատոմսով դեղը միայն փոքր քանակությամբ՝ անհարկի վատնումը կանխելու համար:

Դուք նոր եք մեր ծրագրում:

- Մենք ապահովագրում ենք Ձեր դեղի ժամանակավոր պաշարը **մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության առաջին 90 օրվա ընթացքում:**
- Այս ժամանակավոր պաշարը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար:
- Եթե Ձեր դեղատոմսը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլատրում ենք բազմակի վերալրացումներ՝ մինչև առավելագույնը 30 օր դեղ ապահովելու համար: Դուք պետք է դեղատոմսը լրացնեք ցանցի դեղատանը:
- Երկարատև խնամքի դեղատները կարող են տրամադրել Ձեր դեղատոմսով դեղը միայն փոքր քանակությամբ՝ անհարկի վատնումը կանխելու համար:



Դուք եղել եք մեր ծրագրում ավելի քան 90 օր, ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում և անհապաղ մատակարարման կարիք ունեք:

- Մենք ապահովագրում ենք մեկանգամյա 31-օրյա կամ ավելի փոքր պաշար, եթե Ձեր դեղատոմսը ավելի քիչ օրերի համար է գրված: Սա վերոնշյալ ժամանակավոր պաշարի լրացում է:

D2. Ժամանակավոր պաշարի խնդրելը

Դեղի ժամանակավոր պաշար խնդրելու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Երբ Դուք ստանում եք դեղի ժամանակավոր պաշար, խոսեք Ձեր մատակարարի հետ որքան հնարավոր է շուտ՝ որոշելու, թե ինչ պետք է անեք, երբ Ձեր պաշարը սպառվի: Ահա ձեր ընտրանքները.

- Փոխել մեկ այլ դեղի:

Մեր ծրագիրը կարող է ներառել մեկ այլ դեղամիջոց, որը գործում է Ձեզ համար: Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ խնդրելու մեր կողմից ապահովագրված դեղերի ցանկը, որոնք բուժում են նույն առողջական խնդիրը: Այս ցանկը կարող է օգնել Ձեր մատակարարին՝ գտնելու ապահովագրությամբ ծածկվող դեղը, որը կարող է գործել Ձեզ համար:

ԿԱՍ

- Բացառություն խնդրել:

Դուք և Ձեր մատակարարը կարող եք մեզ խնդրել բացառություն անել: Օրինակ, Դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրել դեղը, որը մեր *Դեղերի ցանկում* չէ կամ խնդրել մեզ ապահովագրել դեղը առանց սահմանափակումների: Եթե Ձեր մատակարարն ասում է, որ Դուք բացառության համար լավ բժշկական պատճառ ունեք, նա կարող է օգնել Ձեզ բացառություն խնդրելու:

D3. Բացառություն խնդրել

Եթե հաջորդ տարի Ձեր ընդունած դեղը հանվի մեր *Դեղերի ցանկից* կամ ինչ-որ կերպ սահմանափակվի, մենք թույլ կտանք Ձեզ բացառություն խնդրել մինչև հաջորդ տարի:

- Մենք Ձեզ կտեղեկացնենք հաջորդ տարվա համար Ձեր դեղի ապահովագրության ցանկացած փոփոխության մասին: Խնդրեք մեզ բացառություն անել և հաջորդ տարվա համար ապահովագրել դեղն այնպես, ինչպես Դուք կցանկանաք:



- Մենք բացառության համար Ձեր խնդրանքին կպատասխանենք՝ Ձեր խնդրանքը (կամ Ձեր դեղամիջոցը նշանակող անձի աջակցող հայտարարությունն) ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք հաստատենք Ձեր խնդրանքը, մենք կթույլատրենք դեղի ապահովագրությունը նախքան փոփոխության ուժի մեջ մտնելը:

Բացառություն խնդրելու մասին հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը*:

Եթե բացառություն խնդրելու համար օգնության կարիք ունեք, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր խնամքը համակարգողին:

Ե. Ձեր դեղերի ապահովագրության փոփոխությունները

Դեղերի ապահովագրության փոփոխությունների մեծ մասը տեղի է ունենում հունվարի 1-ին, բայց մենք կարող ենք տարվա ընթացքում ավելացնել կամ հեռացնել դեղեր մեր *Դեղերի ցանկում*: Մենք կարող ենք նաև փոխել դեղերի վերաբերյալ մեր կանոնները: Օրինակ, մենք կարող ենք.

- Որոշել դեղի համար նախօրոք լիազորում պահանջել կամ չպահանջել (մեր թույլտվությունը՝ նախքան դեղ ստանալը):
- Ավելացնել կամ փոխել այն դեղի չափը, որը Դուք կարող եք ստանալ (քանակի սահմանափակումներ):
- Ավելացնել կամ փոխել փուլային թերապիայի սահմանափակումները դեղի վրա (Դուք պետք է փորձեք մեկ դեղ, նախքան մենք ապահովագրենք մեկ այլ դեղ):
- Փոխարինեք բնօրինակ կենսաբանական ապրանքը կենսաբանական ապրանքի փոխարինվող կենսանմանակ տարբերակով:

Մենք պետք է հետևենք Medicare-ի պահանջներին՝ նախքան մեր ծրագրի *Դեղերի ցանկը* փոխելը: Այս դեղերի կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **Բաժին C-ն**:

Եթե Դուք ընդունում եք դեղ, որը մենք ապահովագրվել էինք **տարեսկզբին**, մենք, ընդհանուր առմամբ, չենք հեռացնի կամ փոխի այդ դեղի ապահովագրությունը **տարվա մնացած ժամանակահատվածում**, եթե

- շուկա է գալիս նոր, ավելի էժան դեղ, որն աշխատում է այնպես, ինչպես մեր ընթացիկ *Դեղերի ցանկում* գտնվող դեղը, **կամ**
- մենք տեղեկանում ենք, որ դեղն անվտանգ չէ, **կամ**
- դեղը հանվել է շուկայից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ի՞նչ կլինի, եթե փոխվի Ձեր կողմից ընդունվող դեղի ապահովագրությունը:

Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչ է տեղի ունենում, երբ փոխվում է մեր *Դեղերի ցանկը*, Դուք միշտ կարող եք.

- Ստուգել մեր ընթացիկ *Դեղերի ցանկն* առցանց՝ blueshieldca.com/medformulary2027 կամ
- Ձանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված համարով՝ մեր ընթացիկ *Դեղերի ցանկը* ստուգելու համար:

Փոփոխություններ, որոնք մենք կարող ենք կատարել *Դեղերի ցանկում*, որոնք ազդում են Ձեզ վրա ընթացիկ ծրագրի տարվա ընթացքում

Դեղերի ցանկում անմիջապես որոշ փոփոխություններ կլինեն: Օրինակ.

Նոր ջեներիկ դեղը հասանելի է դառնում: Երբեմն շուկայում հայտնվում է մի նոր ջեներիկ դեղ կամ կենսասամանակ, որը գործում է նույնքան լավ, որքան *Դեղերի ցանկում* գտնվող ապրանքանիշով դեղը կամ բնօրինակ կենսաբանական ապրանքն այժմ: Երբ դա տեղի ունենա, մենք կարող ենք հեռացնել ապրանքանիշով դեղը և ավելացնել նոր ջեներիկ դեղ, սակայն նոր դեղի արժեքը Ձեզ համար կմնա նույնը կամ ավելի ցածր կլինի: Երբ ավելացնում ենք նոր ջեներիկ դեղ, մենք կարող ենք նաև որոշել ապրանքանիշով դեղը պահել ցանկում, սակայն փոխել դրա ապահովագրության կանոնները կամ սահմանափակումները:

- Հնարավոր է, որ մենք Ձեզ չտեղեկացնենք դրա մասին այս փոփոխությունը կատարելուց առաջ, սակայն մենք Ձեզ տեղեկություն կուղարկենք մեր կատարած որոշակի փոփոխության մասին, երբ դա տեղի ունենա:
- Դուք կամ Ձեր մատակարարը կարող եք բացառություն խնդրել այս փոփոխություններից: Մենք Ձեզ ծանուցում կուղարկենք այն քայլերի մասին, որոնք Դուք կարող եք ձեռնարկել՝ բացառություն խնդրելու համար: Բացառությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս տեղեկագրի **Գլուխ 9-ը**:

Վտանգավոր և շուկայից հանված այլ դեղերի հեռացում: Երբեմն դեղը կարող է վտանգավոր լինել կամ շուկայից հանվել մեկ այլ պատճառով: Եթե դա տեղի ունենա, մենք կարող ենք անմիջապես այն հանել մեր *Դեղերի ցանկից*: Եթե դեղն ընդունում եք, մենք Ձեզ ծանուցում կուղարկենք փոփոխությունը կատարելուց հետո: Ձեզ դեղ նշանակողը նույնպես կիմանա այս փոփոխության մասին և կարող է աշխատել Ձեզ հետ՝ Ձեր հիվանդության համար մեկ այլ դեղամիջոց գտնելու համար:



Մենք կարող ենք այլ փոփոխություններ կատարել, որոնք կազդեն Ձեր ընդունած դեղերի վրա: Մենք Ձեզ նախապես կտեղեկացնենք մեր *Դեղերի ցանկում* այլ փոփոխությունների մասին: Այս փոփոխությունները կարող են տեղի ունենալ, եթե.

- FDA-ն տալիս է նոր ուղեցույց կամ դեղի վերաբերյալ կան նոր կլինիկական ուղեցույցներ:

Երբ այս փոփոխությունները տեղի ունենան, մենք.

- Ձեզ կտեղեկացնենք մեր *Դեղերի ցանկում* փոփոխություն կատարելուց առնվազն 30 օր առաջ **կամ**
- Ձեզ կտեղեկացնենք և Ձեզ կտրամադրենք դեղամիջոցի 30 օրվա պաշար՝ վերալիցքավորում խնդրելուց հետո:

Սա Ձեզ ժամանակ է տալիս Ձեր բժշկի կամ այլ նշանակողի հետ խոսելու համար: Նրանք կարող են օգնել Ձեզ որոշել.

- Եթե մեր *Դեղերի ցանկում* կա նմանատիպ դեղ, որը կարող եք փոխարենը ընդունել, **կամ**
- Եթե Դուք պետք է խնդրեք այս փոփոխություններից բացառություն անել, որպեսզի շարունակեք ապահովագրել դեղը կամ Ձեր ընդունած դեղի տարբերակը: Բացառություններ խնդրելու մասին հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*:

Փոփոխություններ *Դեղերի ցանկում*, որոնք չեն ազդում Ձեզ վրա այս ծրագրի տարվա ընթացքում

Մենք կարող ենք փոփոխություններ կատարել Ձեր ընդունած դեղերում, որոնք նկարագրված չեն վերևում և այժմ չեն ազդում Ձեզ վրա: Նման փոփոխությունների համար, եթե Դուք ընդունում եք դեղ, որը մենք ապահովագրել ենք **տարեսկզբին**, մենք, ընդհանուր առմամբ, չենք հեռացնի կամ փոխի այդ դեղի ապահովագրությունը **տարվա մնացած ժամանակահատվածում**:

Օրինակ, եթե մենք հեռացնենք Ձեր ընդունած դեղը կամ սահմանափակենք դրա օգտագործումը, ապա փոփոխությունը չի ազդի Ձեր դեղամիջոցի օգտագործման վրա տարվա մնացած ժամանակահատվածում:

Եթե այս փոփոխություններից որևէ մեկը տեղի ունենա Ձեր ընդունած դեղի համար (բացի վերոնշյալ բաժնում նշված փոփոխություններից), փոփոխությունը չի ազդի Ձեր օգտագործման վրա մինչև հաջորդ տարվա հունվարի 1-ը:

Մենք Ձեզ չենք ասի այս տեսակի փոփոխությունների մասին անմիջապես ընթացիկ տարվա ընթացքում: Դուք պետք է ստուգեք *Դեղերի ցանկը* ծրագրի հաջորդ տարվա համար (երբ ցանկը հասանելի է բաց գրանցման ժամանակահատվածում)՝ պարզելու, թե արդյոք կան փոփոխություններ, որոնք կազդեն Ձեզ վրա ծրագրի հաջորդ տարվա ընթացքում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



F. Դեղերի ապահովագրություն հատուկ դեպքերում

F1. Հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում մնալու համար, որն ապահովագրվում է մեր ծրագրի կողմից

Եթե Դուք ընդունվում եք հիվանդանոց կամ հմուտ բուժքույրական հաստատություն մնալու համար, որն ապահովագրում է մեր ծրագիրը, մենք հիմնականում ծածկում ենք Ձեր դեղերի արժեքը Ձեր գտնվելու ընթացքում: Դուք համավճար չեք վճարի: Երբ Դուք դուրս գաք հիվանդանոցից կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունից, մենք կապահովագրենք Ձեր դեղերն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դեղերը համապատասխանում են մեր ապահովագրության բոլոր կանոններին:

Դեղերի ապահովագրության և Ձեր վճարումների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 6-ը*:

F2. Երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում

Սովորաբար, երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունը, ինչպիսին է բուժքույրական հաստատությունը, ունի իր սեփական դեղատոներ կամ այն դեղատոներ, որը դեղեր է մատակարարում իրենց բոլոր բնակիչներին: Եթե Դուք ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում, Դուք կարող եք ստանալ Ձեր դեղերը հաստատության դեղատան միջոցով, եթե այն մեր ցանցի մի մասն է:

Ստուգեք Ձեր *Մատակարարների և դեղատոների տեղեկատուն*՝ պարզելու, թե արդյոք Ձեր երկարաժամկետ խնամքի հաստատության դեղատոներ մեր ցանցի մաս է կազմում: Եթե դա այդպես չէ, կամ եթե Ձեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

F3. Medicare-ի կողմից վկայագրված հոսփիս ծրագրում

Դեղերը երբեք միաժամանակ չեն ապահովագրվում և՛ հոսփիսի, և՛ մեր ծրագրի կողմից:

- Դուք կարող եք ներառվել Medicare հոսփիսում և պահանջել որոշակի դեղեր (օրինակ՝ ցավազրկող, սրտխառնոցը կանխող, լուծողական կամ հակատագնապային դեղեր), որոնք Ձեր հոսփիսը չի ապահովագրում, քանի որ դա կապված չէ Ձեր մահացու ախտորոշման և առողջական խնդիրների հետ: Այդ դեպքում մեր ծրագիրը պետք է ծանուցում ստանա դեղատոմս նշանակողից կամ Ձեր հոսփիս մատակարարից, որ դեղն առնչություն չունի, նախքան մենք կկարողանանք ապահովագրել դեղը:
- Առնչություն չունեցող դեղերի ստացման հետաձգումը կանխելու համար, որը պետք է ծածկի մեր ծրագիրը, կարող եք խնդրել Ձեր հոսփիսի մատակարարից կամ դեղատոմս նշանակողից երաշխավորելու, որ մենք ունենք ծանուցում այն մասին, որ դեղն առնչություն չունի՝ նախքան դեղատոնից կխնդրեք լրացնել Ձեր դեղատոմսը:



Եթե հեռանաք հոսփիսից, մեր ծրագիրը կծածկի Ձեր բոլոր դեղերը: Որպեսզի դեղատան հետաձգումներ չլինեն Ձեր Medicare հոսփիսի նպաստն ավարտվելու ժամանակ, փաստաթղթերը տարեք դեղատուն՝ հաստատելու, որ Դուք լքել եք հոսփիսը:

Ուսումնասիրեք այս գլխի ավելի վաղ մասերը, որոնք պատմում են մեր ծրագրի ապահովագրած դեղերի մասին: Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 4-ը*՝ հոսփիսի նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Գ. Դեղերի անվտանգության և դեղերի կառավարման ծրագրեր

G1. Ծրագրեր՝ օգնելու Ձեզ անվտանգ օգտագործել դեղերը

Ամեն անգամ, երբ Դուք դեղատուն եք լրացնում, մենք փնտրում ենք հնարավոր խնդիրներ, ինչպիսիք են դեղերի սխալները կամ դեղերը, որոնք՝

- կարող են անհրաժեշտ չլինել, քանի որ Դուք ընդունում եք մեկ այլ դեղամիջոց, որն անում է նույնը
- կարող է անվտանգ չլինել Ձեր տարիքի կամ սեռի համար
- կարող է վնասել Ձեզ, եթե դրանք միաժամանակ ընդունեք
- ունեն բաղադրիչներ, որոնց նկատմամբ Դուք ակերզիա ունեք կամ կարող եք ունենալ
- կարող է լինել սխալ՝ չափի մեջ (դեղաչափ)
- ունեն վտանգավոր քանակությամբ օփիոիդային ցավազրկող դեղեր

Եթե մենք Ձեր կողմից դեղեր օգտագործելու հնարավոր խնդիր գտնենք, մենք կաշխատենք Ձեր մատակարարի հետ՝ խնդիրը շտկելու համար:

G2. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն Ձեզ կառավարել Ձեր դեղերը

Մեր ծրագիրն ունի առողջական բարդ կարիքներ ունեցող անդամներին օգնելու ծրագիր: Նման դեպքերում Դուք կարող եք իրավունակ լինել ստանալ անվճար ծառայություններ՝ դեղորայքային թերապիայի կառավարման (MTM) ծրագրի միջոցով: Այս ծրագիրը կամընտրական և անվճար է: Այս ծրագիրն օգնում է Ձեզ և Ձեր մատակարարին համոզվել, որ Ձեր դեղամիջոցները գործում են՝ Ձեր առողջությունը բարելավելու համար: Եթե Դուք իրավասու լինեք ծրագրից օգտվելու, դեղագործը կամ այլ առողջապահական մասնագետ Ձեզ կտրամադրեն Ձեր բոլոր դեղերի համապարփակ վերանայումը և Ձեզ հետ կխոսեն հետևյալի մասին՝

- ինչպես առավելագույն օգուտ քաղել Ձեր ընդունած դեղերից
- Ձեր ունեցած ցանկացած մտահոգություն, օրինակ՝ դեղերի ծախսերը և դեղերի ռեակցիաները

- ինչպես լավագույնս ընդունել Ձեր դեղերը
- ցանկացած հարց կամ խնդիր, որը Դուք ունեք Ձեր դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դեղերի վերաբերյալ

Այնուհետև նրանք Ձեզ կտան.

- Այս քննարկման գրավոր ամփոփումը: Ամփոփագիրն ունի դեղորայքի գործողությունների ծրագիր, որը խորհուրդ է տալիս, թե ինչ կարող եք անել Ձեր դեղերը լավագույնս օգտագործելու համար:
- Անձնական դեղերի ցանկ, որը ներառում է Ձեր ընդունած բոլոր դեղամիջոցները, որքան եք ընդունում և երբ և ինչու եք դրանք ընդունում:
- Տեղեկատվություն դեղատոմսով դեղերի անվտանգ հեռացման մասին, որոնք վերահսկվող նյութեր են:

Լավ կլինի, եթե խոսեք Ձեր դեղ նշանակողի հետ Ձեր գործողությունների ծրագրի և դեղերի ցանկի մասին:

- Վերցրեք Ձեր գործողությունների ծրագիրը և դեղերի ցանկը Ձեր այցելության կամ ցանկացած ժամանակ, երբ խոսեք Ձեր բժիշկների, դեղագործների և այլ առողջական խնամքի մատակարարների հետ:
- Վերցրեք Ձեր դեղերի ցանկը Ձեզ հետ, եթե գնում եք հիվանդանոց կամ շտապ օգնության սենյակ:

MTM ծրագրերը կամընտրական և անվճար են այն անդամների համար, ովքեր համապատասխանում են որակավորմանը: Եթե մենք ունենանք ծրագիր, որը կհամապատասխանի Ձեր կարիքներին, մենք Ձեզ կգրանցենք ծրագրում և տեղեկատվություն կուղարկենք: Եթե Դուք չեք ցանկանում լինել ծրագրում, տեղեկացրեք մեզ, և մենք Ձեզ կհանենք այդ ծրագրից:

Եթե այս ծրագրերի վերաբերյալ հարցեր ունեք, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր խնամքի համակարգողին:

G3. Դեղերի կառավարման ծրագիր (DMP)՝ անդամներին օգնելու անվտանգ օգտագործել օֆիոիդ դեղերը

Մենք ունենք ծրագիր, որն օգնում է համոզվել, որ անդամներն ապահով կերպով են օգտագործում դեղատոմսով տրվող օֆիոիդները և հաճախ չարաշահվող այլ դեղամիջոցներ: Այս ծրագիրը կոչվում է Դեղերի կառավարման ծրագիր (DMP):



Եթե Դուք օգտագործում եք օֆիոիդային դեղամիջոցներ, որոնք ստանում եք մի քանի բժիշկներից կամ դեղատներից, կամ եթե վերջերս օֆիոիդային դեղերի չափից մեծ դեղաչափ եք ունեցել, մենք կարող ենք գրուցել Ձեր բժիշկների հետ՝ համոզվելու, որ Ձեր կողմից օֆիոիդային դեղամիջոցների օգտագործումը տեղին է և բժշկականորեն անհրաժեշտ: Աշխատելով Ձեր բժիշկների հետ, եթե մենք որոշենք, որ Ձեր դեղատոմսով օֆիոիդային դեղերի կամ բենզոդիազեպինի դեղամիջոցները կարող են անվտանգ չլինել, մենք կարող ենք սահմանափակել, թե ինչպես կարող եք ստանալ այդ դեղերը: Եթե մենք Ձեզ տեղավորենք մեր DMP-ում, սահմանափակումները կարող են ներառել.

- Ձեզանից պահանջվում է ստանալ Ձեր բոլոր դեղատոմսերը օֆիոիդային և բենզոդիազեպինի դեղերի համար որոշակի դեղատոմս(եր)ից
- Ձեզանից պահանջվում է ստանալ Ձեր բոլոր դեղատոմսերը օֆիոիդային կամ բենզոդիազեպինի դեղերի համար որոշակի դեղատոմս(եր)ից
- Սահմանափակելով օֆիոիդային կամ բենզոդիազեպինի դեղերի քանակը, որոնք մենք ապահովագրում ենք Ձեզ համար

Եթե մենք նախատեսում ենք սահմանափակել, թե ինչպես եք ստանում այս դեղերը կամ որքան կարող եք ստանալ, մենք նախապես նամակ կուղարկենք Ձեզ: Նամակը կտեղեկացնի Ձեզ, թե արդյոք մենք կսահմանափակենք այս դեղերի ծածկույթը Ձեզ համար, կամ արդյոք Ձեզնից կպահանջվի ստանալ այդ դեղերի դեղատոմսերը միայն կոնկրետ մատակարարից կամ դեղատնից:

Դուք հնարավորություն կունենաք տեղեկացնել մեզ, թե որ բժիշկներից կամ դեղատներից եք նախընտրում օգտվել, ինչպես նաև տրամադրել մեզ ցանկացած տեղեկատվություն, որը Դուք կարծում եք, որ կարևոր է, որ մենք իմանանք: Դուք պատասխանելու հնարավորություն ունեցել եք, եթե մենք որոշենք սահմանափակել Ձեր ապահովագրությունն այս դեղերի համար, մենք Ձեզ կուղարկենք մեկ այլ նամակ, որը կհաստատի սահմանափակումները:

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, համաձայն չեք մեր որոշման կամ սահմանափակման հետ, Դուք և Ձեզ դեղ նշանակողը կարող եք բողոքարկել: Եթե բողոքարկեք, մենք կվերանայենք Ձեր գործը և նոր որոշում կկայացնենք: Եթե մենք շարունակենք մերժել Ձեր բողոքարկման որևէ մասը՝ կապված սահմանափակումների հետ, որոնք վերաբերում են Ձեր դեղերի հասանելիության սահմանափակումներին, մենք Ձեր գործն ավտոմատ կերպով կուղարկենք Անկախ վերանայման կազմակերպությանը (IRO): (Բողոքարկումների և IRO-ի մասին հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը*):

- DMP-ն կարող է Ձեզ չվերաբերել, եթե Դուք՝
- ունեք որոշակի առողջական խնդիրներ, ինչպիսիք են քաղցկեղը կամ մանգաղաբջջային հիվանդությունը,
- ստանում են հոսփիսի, պալիատիվ կամ կյանքի վերջի խնամք, կամ
- ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում:



Գլուխ 6. Ինչ եք վճարում Ձեր Medicare և Medi-Cal դեղերի համար

Ներածություն

Այս գլուխը պատմում է, թե ինչ եք վճարում Ձեր ամբուլատոր դեղերի համար: «Դեղեր» ասելով՝ մենք նկատի ունենք.

- Medicare Մաս D դեղեր, և
- Դեղեր և պարագաներ, որոնք ապահովագրված են Medi-Cal Rx-ի ներքո:

Քանի որ Դուք իրավասու եք Medi-Cal-ի համար, Դուք Extra Help եք ստանում Medicare-ից՝ օգնելու վճարել Ձեր Medicare Մաս D դեղերի համար: Մենք ուղարկել ենք Ձեզ առանձին ներդիր, որը կոչվում է «Ապահովագրության ապացույց այն մարդկանց համար, որոնք Extra Help են ստանում դեղատոմսով դեղերի համար վճարելիս» (նաև հայտնի է որպես «Ցածր եկամուտների սուբսիդիաների լրացում» կամ «LIS լրացում»), որը պատմում է Ձեր դեղերի ապահովագրության մասին: Եթե Դուք չունեք այս ներդիրը, խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին և խնդրել «LIS լրացումը»:

Extra Help-ը Medicare ծրագիր է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց նվազեցնել Medicare Մաս D-ի դեղերի ծախսերը, ինչպիսիք են հավելավճարները, չհատուցվող գումարները և համավճարները: Extra Help-ը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտների սուբսիդիա» կամ «LIS»:

Մյուս հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով՝ *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Դեղերի մասին ավելին իմանալու համար կարող եք նայել տվյալ հատվածները.

- Մեր *ապահովագրված դեղերի ցանկը*
 - Մենք սա անվանում ենք «Դեղերի ցանկ»: Այն տեղեկացնում է Ձեզ՝
 - որ դեղերի համար ենք մենք վճարում
 - հինգ մակարդակներից որում է գտնվում յուրաքանչյուր դեղը
 - եթե կա դեղերի որևէ սահմանափակումներ

- Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է մեր *Դեղերի ցանկի* պատճենը, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Դուք կարող եք նաև գտնել մեր *Դեղերի ցանկի* ամենաթարմ օրինակը մեր կայքում՝ blueshieldca.com/medformulary2027:
- Դեղերի մեծ մասը, որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից, ապահովագրված են Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կողմից: Այլ դեղերը, ինչպիսիք են որոշ առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղեր և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Խնդրում ենք այցելել Medi-Cal Rx կայքը (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել Ձեր Medi-Cal-ի նպաստառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով դեղատոմսեր ստանալու ժամանակ:
- Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 5-ը**:
 - Բացատրում է, թե ինչպես ստանալ Ձեր ամբուլատոր դեղերը մեր ծրագրի միջոցով:
 - Այն ներառում է կանոններ, որոնց Դուք պետք է հետևեք: Այն նաև տեղեկացնում է, թե դեղերի որ տեսակները մեր ծրագիրը չի ապահովագրում:
 - Երբ Դուք օգտագործում եք ծրագրի «Real Time Benefit Tool» (Իրական ժամանակում նպաստների գործիքը)՝ դեղերի ապահովագրություն փնտրելու համար (ուսումնասիրեք **Գլուխ 5, Բաժին B2**), ցուցադրված ծախսերը Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի հաշվարկն է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք զանգահարել Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին:
- Մեր *մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*:
 - Շատ դեպքերում Դուք պետք է օգտագործեք ցանցի դեղատուն՝ Ձեր ապահովագրված դեղերը ստանալու համար: Ցանցի դեղատներն այն դեղատներն են, որոնք համաձայնում են աշխատել մեզ հետ:
 - *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու* թվարկված են մեր ցանցի դեղատները: Ցանցի դեղատների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 5-ը**:



Բովանդակություն

A. Նպաստների բացատրություն (EOB).....	224
B. Ինչպես հետևել Ձեր դեղերի ծախսերին	226
B1. Ի՞նչ կլինի, եթե այս ամփոփագրում սխալներ գտնեք:.....	227
B2. Ի՞նչ կասեք հնարավոր խարդախության մասին:	227
C. Դեղերի վճարման փուլերը Medicare Մաս D դեղերի համար.....	228
D. Փուլ 1. Սկզբնական ապահովագրության փուլ.....	228
D1. Ձեր դեղատան ընտրությունը	229
D2. Դեղի երկարաժամկետ պաշար ստանալը	229
D3. Ինչ եք վճարում	229
D4. Սկզբնական ապահովագրության փուլի ավարտը	233
E. Փուլ 2. Աղետային ապահովագրության փուլ	233
F. Ձեր դեղի արժեքը, եթե Ձեր բժիշկը նշանակի մեկ ամսից պակաս պաշար.....	233
G. Ինչ եք վճարում Մաս D պատվաստումների համար	234
G1. Ինչ պետք է իմանալ նախքան պատվաստում ստանալը	234
G2. Ինչ եք վճարում Medicare Մաս D-ով ապահովագրվող պատվաստման համար.....	235

A. Նպաստների բացատրություն (EOB)

Մեր ծրագիրը հետևում է Ձեր դեղերի ծախսերին և այն վճարումներին, որոնք Դուք կատարում եք դեղատանը դեղատոմսեր ստանալիս: Մենք հետևում ենք երկու տեսակի ծախսերին.

- **Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը:** Սա այն գումարն է, որը Դուք կամ Ձեր անունից մյուսները վճարում եք Ձեր դեղատոմսերի համար: Սա ներառում է այն, ինչ Դուք վճարել եք, երբ ստացել եք ապահովագրված Մաս D դեղամիջոց, ընտանիքի կամ ընկերների կողմից կատարված Ձեր դեղերի համար ցանկացած վճարում, Ձեր դեղերի համար Extra Help-ի, գործատուի կամ արհմիության առողջապահական ծրագրերից, Հնդկացիների առողջապահական ծրագրից, ՉԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության ծրագրերից, բարեգործական կազմակերպություններից և Դեղագործական աջակցության պետական ծրագրերի (SPAP) մեծ մասից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- **Ձեր դեղերի ընդհանուր ծախսերը:** Սա Ձեր ապահովագրված Մաս D դեղերի համար կատարված բոլոր վճարումների ընդհանուր գումարն է: Այն ներառում է, թե ինչ է վճարել մեր ծրագիրը և ինչ այլ ծրագրեր կամ կազմակերպություններ են վճարել Ձեր ապահովագրված Մաս D դեղերի համար:

Երբ Դուք դեղեր եք ստանում մեր ծրագրի միջոցով, մենք Ձեզ ուղարկում ենք ամփոփագիր, որը կոչվում է *Նպաստների բացատրություն (EOB)*: Մենք այն կարճ անվանում ենք EOB: EOB-ն հաշիվ չէ: EOB-ն ավելի շատ տեղեկություններ ունի Ձեր ընդունած դեղերի մասին, ինչպիսիք են գների բարձրացումը և ծախսերի ավելի ցածր բաշխմամբ այլ դեղեր, որոնք կարող են մատչելի լինել: Դուք կարող եք խոսել Ձեզ դեղ նշանակողի հետ այս՝ ավելի ցածր գնով տարբերակների մասին: EOB-ն ներառում է.

- **Տեղեկություններ ամսվա համար:** Ամփոփագիրը պատմում է, թե ինչ դեղեր եք ստացել նախորդ ամսվա համար: Այն ցույց է տալիս դեղերի ընդհանուր ծախսերը, ինչպես նաև այն, թե ինչ ենք մենք, Դուք և մյուսները՝ Ձեր փոխարեն, վճարել:
- **Ընդամենը տարվա համար՝ սկսած հունվարի 1-ից:** Սա ցույց է տալիս դեղերի ընդհանուր ծախսերը և Ձեր դեղերի համար ընդհանուր վճարումները սկսած տարվա սկզբից:
- **Դեղերի գնին վերաբերող տեղեկատվություն:** Սա դեղի ընդհանուր գինն է, և դեղի գնի փոփոխությունները՝ սկսած առաջին լրացումից հետո յուրաքանչյուր դեղատոմսի նույն քանակի պահանջի համար:
- **Ավելի ցածր գնով այլընտրանքներ:** Երբ կիրառելի է, յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար ավելի ցածր ծախսերի բաշխմամբ՝ այլ հասանելի դեղերի մասին տեղեկություններ:

Մենք առաջարկում ենք դեղերի ծածկույթ, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ով:

- Այս դեղերի համար կատարված վճարումները չեն համարվում Ձեր գրպանից վճարվող ծախսեր:
- Դեղերի մեծ մասը, որոնք Դուք ստանում եք դեղատնից, ապահովագրված են ծրագրի կողմից: Այլ դեղերը, ինչպիսիք են որոշ առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղեր և որոշ վիտամիններ, կարող են ապահովագրվել Medi-Cal Rx-ով: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքը (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal-ի հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 800-977-2273 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք բերել Ձեր Medi-Cal-ի նպաստառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx-ի միջոցով դեղատոմսեր ստանալու ժամանակ:
- Պարզելու համար, թե որ դեղերն է ապահովագրում մեր ծրագիրը, ուսումնասիրեք մեր *Դեղերի ցանկը*:



B. Ինչպես հետևել Ձեր դեղերի ծախսերին

Ձեր դեղերի ծախսերին և Ձեր կատարած վճարումներին հետևելու համար մենք օգտագործում ենք Ձեր և Ձեր դեղատնից ստացված գրառումները: Ահա թե ինչպես կարող եք օգնել մեզ.

1. Օգտագործեք Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտը:

Ցույց տվեք Ձեր Անդամի ID քարտն ամեն անգամ, երբ դեղատոմս եք լրացնում: Սա օգնում է մեզ իմանալ, թե ինչ դեղատոմսեր եք լրացնում և ինչ եք վճարում:

2. Համոզվեք, որ մենք ունենք մեզ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:

Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել Ձեզ դեղամիջոցի արժեքի մեր բաժինը: Մեզ տրամադրեք ապահովագրված դեղերի անդորրագրերի պատճենները, որոնց համար վճարել եք: Ահա մի քանի օրինակներ, երբ Դուք պետք է մեզ տրամադրեք Ձեր անդորրագրերի պատճենները.

- Երբ Դուք գնում եք ապահովագրված դեղ ցանցի դեղատնից հատուկ գնով կամ օգտագործում եք զեղչի քարտ, որը մեր ծրագրի նպաստների մաս չէ:
- Երբ Դուք համավճար եք վճարում դեղերի համար, որոնք Դուք ստանում եք դեղեր արտադրողի հիվանդների աջակցության ծրագրի ներքո:
- Երբ Դուք ապահովագրված դեղեր եք գնում արտացանցային դեղատնից:
- Երբ վճարում եք հատուկ հանգամանքներում ապահովագրված դեղի ամբողջ գինը

Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այն մասին, թե մեզնից ինչպես խնդրել դեղի արժեքի մեր բաժինը Ձեզ հետ վճարել, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* Գլուխ 7-ը:

3. Մեզ տեղեկություններ ուղարկեք ուրիշների կողմից Ձեզ համար կատարած վճարումների մասին:

Որոշ այլ անձանց և կազմակերպությունների կողմից կատարված վճարումները նույնպես հաշվի են առնվում Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի համար: Օրինակ, Դեղագործական աջակցության նահանգային ծրագրի, ՁԻԱՀ-ի դեմ դեղերի աջակցության ծրագրի (ADAP), Հնդկացիների առողջապահական ծառայության և բարեգործական կազմակերպությունների մեծ մասի կողմից կատարված վճարումները հաշվի են առնվում Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի համար: Սա կարող է օգնել Ձեզ որակավորվել Աղետային ապահովագրման համար: Երբ հասնում եք Աղետային ապահովագրման փուլ, մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր Medicare Մաս D դեղերի բոլոր ծախսերը տարվա մնացած ժամանակահատվածի համար:

4. Ստուգեք EOB-ները, որոնք մենք Ձեզ ենք ուղարկում:

Երբ Դուք ստանում եք EOB փոստով, համոզվեք, որ այն ամբողջական և ճիշտ է:

- **Դուք ճանաչո՞ւմ եք յուրաքանչյուր դեղատան անունը:** Ստուգեք ժամկետները:
Այդ օրը դեղ ստացա՞ք:
- **Դուք ստացե՞լ եք նշված դեղերը:** Արդյո՞ք դրանք համընկնում են Ձեր
անդորրագրերում նշվածների հետ: Արդյո՞ք դեղերը համընկնում են Ձեր բժշկի
նշանակածի հետ:

B1. Ի՞նչ կլինի, եթե այս ամփոփագրում սխալներ գտնեք:

Եթե ինչ-որ բան շփոթեցնող է կամ ճիշտ չի թվում այս EOB-ում, խնդրում ենք զանգահարել
մեզ՝ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Շատ
հարցերի պատասխաններ կարող եք գտնել նաև մեր կայքում՝ blueshield.com/medicare:

B2. Ի՞նչ կասեք հնարավոր խարդախության մասին:

Եթե այս ամփոփագիրը ցույց է տալիս դեղեր, որոնք Դուք չեք ընդունում կամ որևէ այլ բան,
որը Ձեզ կասկածելի է թվում, խնդրում ենք կապվել մեզ հետ:

- Զանգահարեք մեզ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների
սպասարկման բաժին:
- Կամ զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն
1-877-486-2048: Այս հեռախոսահամարներով կարող եք զանգահարել անվճար:
- Եթե կասկածում եք, որ մատակարարը կամ Medi-Cal ստացող անձը
խարդախություն, վատնում կամ չարաշահում է կատարել, Ձեր իրավունքն է
այդ մասին հաղորդել՝ զանգահարելով գաղտնի, անվճար 1-800-822-6222
հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ի խարդախության մասին հայտնելու այլ
մեթոդներ կարելի է գտնել հետևյալ հասցեով՝
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx:

Եթե կարծում եք, որ ինչ-որ բան այն չէ կամ բացակայում է, կամ եթե հարցեր ունեք,
զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Պահպանեք այս EOB-ները: Դրանք Ձեր
դեղերի ծախսերի կարևոր արձանագրումն են:



C. Դեղերի վճարման փուլերը Medicare Մաս D դեղերի համար

Մեր ծրագրում Ձեր Medicare Մաս D դեղատոմսով դեղերի ապահովագրության վճարման երկու փուլ կա: Յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար վճարելու չափը կախված է Ձեր Extra Help-ի մակարդակից և որ փուլում եք Դուք գտնվում, երբ դեղատոմսը լրացվում կամ վերալրացվում է: Այդ երկու փուլերը հետևյալն են.

Փուլ 1. Սկզբնական ապահովագրության փուլ	Փուլ 2. Աղետային ապահովագրության փուլ
Այս փուլում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր բաժինը: Վճարման Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Դուք սկսում եք այս փուլում, երբ լրացնում եք տարվա Ձեր առաջին դեղատոմսը:	Այս փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2027 թ. դեկտեմբերի 31-ը: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ Դուք վճարել եք որոշակի գումար Ձեր գրպանից:

D. Փուլ 1. Սկզբնական ապահովագրության փուլ

Սկզբնական ապահովագրության փուլում մենք վճարում ենք Ձեր ապահովագրված դեղերի ծախսի մասնաբաժինը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր բաժինը: Վճարման Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարի չափը կախված է նրանից, թե ծախսաբաժնի որ մակարդակում եք գտնվում դեղը և որտեղից եք այն գնում:

Ծախսաբաժնի մակարդակները նույն համավճարով դեղերի խմբեր են: Մեր ծրագրի *Դեղերի ցանկի* յուրաքանչյուր դեղամիջոց գտնվում է ծախսաբաժնի հինգ մակարդակներից մեկում: Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է մակարդակի թիվը, այնքան բարձր է համավճարը: Ձեր դեղերի ծախսաբաժնի մակարդակները գտնելու համար ծանոթացեք մեր *Դեղերի ցանկին*:

- Ծախսաբաժնի մակարդակ 1. Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր (ծախսաբաժնի ամենացածր մակարդակ)՝ ներառում է նախընտրելի ջեներիկ դեղեր:
Համավճարը կազմում է \$0:
- Ծախսաբաժնի մակարդակ 2. Ջեներիկ դեղեր՝ ներառում է ջեներիկ դեղեր և կենսաանմանակներ: Համավճարը կազմում է \$0:
- Ծախսաբաժնի մակարդակ 3. Նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր՝ ներառում է նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր, կենսաանմանակներ և որոշ ջեներիկ դեղեր: Համավճարը կազմում է \$0-ից \$14,40՝ կախված Ձեր եկամտից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Ծախսաբաժնի մակարդակ 4. Ոչ նախընտրելի դեղեր՝ ներառում է ոչ նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր, կենսանմանակներ և որոշ ջեներիկ դեղեր: Համավճարը կազմում է \$0-ից \$14,40՝ կախված Ձեր եկամտից:
- Ծախսաբաժնի մակարդակ 5. Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր (ծախսաբաժնի ամենաբարձր մակարդակ)՝ ներառում է շատ թանկ ապրանքանիշով դեղեր, կենսանմանակներ և ջեներիկ դեղեր, որոնք կարող են պահանջել օգտագործման հատուկ պայմաններ և/կամ մանրակրկիտ մոնիտորինգ: Համավճարը կազմում է \$0-ից \$14,40՝ կախված Ձեր եկամտից:

D1. Ձեր դեղատոմսի ընտրությունը

Դեղի համար վճարելու չափը կախված է նրանից, թե արդյոք դեղը ստանում եք հետևյալից՝

Ցանցի մանրածախ դեղատոմս կամ

- Ցանցի մանրածախ դեղատոմս, որն առաջարկում է նախընտրելի ծախսաբաժին: Ծախսերը կարող են ավելի քիչ լինել այն դեղատոմսերում, որոնք առաջարկում են նախընտրելի ծախսաբաժին:
- Արտացանցային դեղատոմսից: Սահմանափակ դեպքերում մենք ապահովագրում ենք Արտացանցային դեղատոմսերում ստացված դեղատոմսերը: Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը*՝ պարզելու, թե երբ ենք մենք դա անում:
- Մեր ծրագրի տնային առաքում իրականացնող դեղատոմսեր:

Այս ընտրությունների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը* և մեր *Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատուն*:

D2. Դեղի երկարաժամկետ պաշար ստանալը

Որոշ դեղերի համար Դուք կարող եք ստանալ երկարաժամկետ պաշար (նաև կոչվում է «ընդլայնված պաշար»), երբ լրացնում եք Ձեր դեղատոմսը: Երկարաժամկետ պաշարը մինչև 100 օրվա պաշարն է: Այն Ձեզ համար կարժենա նույնքան, ինչքան մեկ ամսվա պաշարը:

Մանրամասների համար, թե որտեղ և ինչպես ստանալ դեղի երկարաժամկետ պաշար, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը* կամ մեր ծրագրի *Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատուն*:

D3. Ինչ եք վճարում

Սկզբնական ապահովագրության փուլի ընթացքում Դուք կարող եք վճարել համավճար ամեն անգամ, երբ դեղատոմս եք լրացնում: Եթե Ձեր ապահովագրված դեղն արժե ավելի քիչ, քան համավճարի չափն է, Դուք ավելի քիչ կվճարեք:

Դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ պարզելու, թե որքան է Ձեր համավճարը ապահովագրված ցանկացած դեղամիջոցի համար:



Ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը, երբ Դուք ապահովագրված դեղի մեկամսյա պաշար եք ստանում հետևյալից՝

	Ցանցի դեղատնից	Մեր ծրագրի տնային առաքման ծառայությունը	Ցանցի երկարատև խնամքի դեղատնից	Արտացանցային դեղատնից
	Մեկամսյա կամ մինչև 30 օրվա պաշարի համար	Մեկամսյա կամ մինչև 30 օրվա պաշարի համար	Մինչև 31 օրվա պաշար	Մինչև 30 օրվա պաշար: Ապահովագրությունը սահմանափակվում է որոշակի դեպքերով: Մանրամասների համար ուսումնասիրեք այս <i>Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը</i> :
Ծախսաբաժնի մակարդակ 1. (Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր)	\$0 համավճար	Տնային առաքման ծառայությունը հասանելի չէ Մակարդակ 1 դեղերի համար:	\$0 համավճար	\$0 համավճար
Ծախսաբաժնի մակարդակ 2. (Ջեներիկ դեղեր)	\$0 համավճար	Տնային առաքման ծառայությունը հասանելի չէ Մակարդակ 2 դեղերի համար:	\$0 համավճար	\$0 համավճար
Ծախսաբաժնի մակարդակ 3. (Նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր)	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	Տնային առաքման ծառայությունը հասանելի չէ Մակարդակ 3 դեղերի համար:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:

	Ցանցի դեղատնից	Մեր ծրագրի տնային առաքման ծառայությունը	Ցանցի երկարատև խնամքի դեղատնից	Արտացանցային դեղատնից
	Մեկամսյա կամ մինչև 30 օրվա պաշարի համար	Մեկամսյա կամ մինչև 30 օրվա պաշարի համար	Մինչև 31 օրվա պաշար	Մինչև 30 օրվա պաշար: Ապահովագրությունը սահմանափակվում է որոշակի դեպքերով: Մանրամասների համար ուսումնասիրեք այս <i>Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը</i> :
Ծախսաբաժնի մակարդակ 4. (Ոչ նախընտրելի դեղեր)	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	Տնային առաքման ծառայությունը հասանելի չէ Մակարդակ 4 դեղերի համար:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:
Ծախսաբաժնի մակարդակ 5. (Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր)	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:

Ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը, երբ Դուք ապահովագրված դեղի երկարաժամկետ պաշար եք ստանում հետևյալ տեղից՝

	Ցանցի դեղատնից	Մեր ծրագրի տնային առաքման ծառայությունը
	Երկարաժամկետ կամ մինչև 100 օրվա պաշար	Երկարաժամկետ կամ մինչև 100 օրվա պաշար
Ծախսաբաժնի մակարդակ 1. (Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր)	\$0 համավճար	\$0 համավճար
Ծախսաբաժնի մակարդակ 2. (Ջեներիկ դեղեր)	\$0 համավճար	\$0 համավճար
Ծախսաբաժնի մակարդակ 3. (Նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր)	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:
Ծախսաբաժնի մակարդակ 4. (Ոչ նախընտրելի դեղեր)	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:	\$0, \$5,00 կամ \$14,40 համավճար՝ հիմնված անդամի ստացած Extra Help մակարդակի վրա:
Ծախսաբաժնի մակարդակ 5. (Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր)	Երկարաժամկետ պաշարը Մակարդակ 5 դեղերի համար հասանելի չէ:	Երկարաժամկետ պաշարը Մակարդակ 5 դեղերի համար հասանելի չէ:

Տեղեկությունների համար, թե որ դեղատները կարող են Ձեզ երկարաժամկետ պաշարներ տրամադրել, ուսումնասիրեք մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատունը*:

D4. Սկզբնական ապահովագրության փուլի ավարտը

Սկզբնական ապահովագրության փուլն ավարտվում է, երբ Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը հասնում են \$2400-ի: Այդ պահից սկսվում է Ադետային ապահովագրության փուլը: Մենք ապահովագրում ենք Ձեր դեղերի բոլոր ծախսերն այդ պահից մինչև տարեվերջ:

Ձեր EOB-ն օգնում է Ձեզ հետևել, թե որքան եք վճարել Ձեր դեղերի համար տարվա ընթացքում: Մենք Ձեզ տեղյակ կպահենք, եթե հասնեք \$2400 գումարի սահմանաչափին: Շատերը մեկ տարում դրան չեն հասնում:

E. Փուլ 2. Ադետային ապահովագրության փուլ

Երբ հասնեք Ձեր գրպանից վճարվող գումարի սահմանաչափին՝ \$2400, կմեկնարկի ադետային ծախսերի փուլը: Դուք կմնաք Ադետային ապահովագրության փուլում մինչև օրացուցային տարվա վերջ: Այս փուլի ընթացքում Դուք ոչինչ չեք վճարում Ձեր Մաս D ապահովագրված դեղերի համար:

F. Ձեր դեղի արժեքը, եթե Ձեր բժիշկը նշանակի մեկ ամսից պակաս պաշար

Որոշ դեպքերում, Դուք վճարում եք համավճար՝ ապահովագրված դեղի ամբողջ ամսվա պաշարը ծածկելու համար: Սակայն, Ձեր բժիշկը կարող է նշանակել ավելի քիչ քանակ, քան մեկ ամսվա համար դեղի պաշարն է:

- Կարող են լինել դեպքեր, երբ Դուք կցանկանաք խնդրել Ձեր բժշկին մեկ ամսից պակաս դեղի պաշար նշանակել (օրինակ, երբ Դուք առաջին անգամ եք փորձում դեղը):
- Եթե Ձեր բժիշկը համաձայնի, Դուք չեք վճարի որոշակի դեղերի ամբողջ ամսվա պաշարի համար:

Երբ Դուք ստանաք դեղի մեկ ամսից պակաս պաշար, Ձեր վճարած գումարը հիմնված կլինի Ձեր ստացած դեղի օրերի քանակի վրա: Մենք հաշվարկում ենք այն գումարը, որը Դուք վճարում եք օրական Ձեր դեղի համար («օրական ծախսաբաժնի դրույքաչափ») և այն բազմապատկում ենք Ձեր ստացած դեղի օրերի քանակով:

- Ահա մեկ օրինակ. Ենթադրենք, Ձեր դեղի համավճարը մեկ ամսվա պաշարի համար (30 օրվա պաշար) կազմում է \$1,35: Սա նշանակում է, որ Ձեր դեղի համար վճարվող գումարը օրական \$0,05-ից պակաս է: Եթե Դուք ստանում եք դեղի յոթ օրվա պաշար, Ձեր վճարումը կազմում է օրական \$0,05-ից պակաս՝ բազմապատկած յոթ օրով, և \$0,35-ից պակաս՝ ընդհանուր վճարման դեպքում:



- Ամենօրյա ծախսաբաժինը թույլ է տալիս Ձեզ համոզվել, որ դեղը գործում է Ձեզ համար՝ նախքան կվճարեք ամբողջ ամսվա պաշարի համար:
- Դուք կարող եք նաև խնդրել Ձեր մատակարարին նշանակել դեղի մեկ ամսից պակաս պաշար՝ Ձեզ օգնելու կատարել հետևյալը՝
 - Ավելի լավ պլանավորել, թե երբ պետք է լրացնեք Ձեր դեղերը
 - Համակարգել լրացումը այլ դեղերի հետ, որպեսզի Դուք կարողանաք ավելի քիչ այցելել դեղատուն

G. Ինչ եք վճարում Մաս D պատվաստումների համար

Կարևոր հաղորդագրություն այն մասին, թե ինչ եք վճարում պատվաստումների համար.

Որոշ պատվաստումներ համարվում են բժշկական նպաստներ և ապահովագրված են Medicare Մաս B-ի ներքո: Մյուս պատվաստումները համարվում են Medicare Մաս D դեղեր: Դուք կարող եք գտնել այս պատվաստումները մեր *Դեղերի ցանկում*: Մեր ծրագիրը Ձեզ համար անվճար ապահովագրում է չափահասների համար նախատեսված Medicare Մաս D պատվաստումների մեծ մասը: Ուսումնասիրեք մեր *Դեղերի ցանկը* կամ կապվեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ կոնկրետ պատվաստումների վերաբերյալ ապահովագրության և ծախսաբաժնի մանրամասների համար:

Medicare Մաս D պատվաստումների մեր ապահովագրությունը երկու մաս ունի.

1. Առաջին մասը վերաբերում է **պատվաստանյութի** արժեքին:
2. Երկրորդ մասը վերաբերում է **պատվաստանյութը Ձեզ ներարկելու** արժեքին: Օրինակ, երբեմն Դուք կարող եք պատվաստում ստանալ Ձեր բժշկի կողմից՝ սրսկման տեսքով:

G1. Ինչ պետք է իմանալ նախքան պատվաստում ստանալը

Խորհուրդ ենք տալիս Ձեզ զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին, եթե նախատեսում եք պատվաստում ստանալ:

- Մենք կարող ենք ներկայացնել Ձեզ, թե ինչպես է մեր ծրագիրը ապահովագրում Ձեր պատվաստումը և բացատրել ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը:
- Մենք կարող ենք Ձեզ տեղեկացնել, թե ինչպես նվազեցնել Ձեր ծախսերը՝ օգտագործելով ցանցային դեղատները և մատակարարները: Ցանցի դեղատները և մատակարարները համաձայն են աշխատել մեր ծրագրով: Ցանցի մատակարարն աշխատում է մեզ հետ՝ համոզվելու, որ Դուք չունեք Medicare Մաս D պատվաստանյութի նախնական ծախսեր:



G2. Ինչ էք վճարում Medicare Մաս D-ով ապահովագրվող պատվաստման համար

Պատվաստման համար վճարվող գումարը կախված է պատվաստման տեսակից (ինչի համար էք պատվաստվում):

- Որոշ պատվաստումներ համարվում են առողջապահական նպաստներ, ոչ թե դեղեր: Այս պատվաստումներն անվճար ապահովագրվում են Ձեզ համար: Այս պատվաստումների ապահովագրության մասին իմանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 4-ի* Նպաստների աղյուսակը:
- Մյուս պատվաստումներն համարվում են Medicare Մաս D դեղեր: Դուք կարող էք գտնել այս պատվաստումները մեր ծրագրի *Դեղերի ցանկում*: Հնարավոր է, որ ստիպված լինեք համավճար վճարել Medicare Մաս D պատվաստումների համար: Եթե **Իմունիզացիայի պրակտիկայի խորհրդատվական կոմիտե (ACIP)** կոչվող կազմակերպությունը պատվաստումն առաջարկում է չափահասների համար, այդ դեպքում պատվաստումը Ձեզ անվճար կտրվի:

Ահա երեք ընդհանուր եղանակ, որոնցով Դուք կարող էք ստանալ Medicare Մաս D պատվաստում:

1. Դուք ստանում էք Medicare Մաս D պատվաստանյութը և Ձեր պատվաստումը ցանցի դեղատնից:
 - Չափահասների Մաս D պատվաստանյութերի մեծ մասի համար Դուք ոչինչ չեք վճարի:
 - Մաս D-ի մյուս պատվաստանյութերի համար Դուք կվճարեք պատվաստանյութի համավճարը:
2. Դուք կստանաք Medicare Մաս D պատվաստանյութը Ձեր բժշկի ընդունարանում, և Ձեր բժիշկը Ձեզ կպատվաստի:
 - Դուք բժշկին կվճարեք համավճար պատվաստանյութի համար:
 - Մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր պատվաստումն ստանալու ծախսերը:
 - Այս իրավիճակում բժշկի ընդունարանից պետք է զանգահարեն մեր ծրագրին, որպեսզի մենք կարողանանք համոզվել, որ նրանք տեղյակ են, որ Դուք պետք է վճարեք միայն պատվաստանյութի համավճարը:
3. Դուք կստանաք Medicare Մաս D պատվաստանյութի դեղը դեղատնից և այն կտանեք Ձեր բժշկի ընդունարան՝ պատվաստումը ստանալու համար:
 - Չափահասների Մաս D պատվաստանյութերի մեծ մասի համար Դուք ոչինչ չեք վճարի գուտ պատվաստանյութի համար:
 - Մաս D-ի մյուս պատվաստանյութերի համար Դուք կվճարեք պատվաստանյութի համավճարը:
 - Մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր պատվաստումն ստանալու ծախսերը:



Գլուխ 7. Մեզ ուղղված խնդրանք՝ վճարել ապահովագրված ծառայությունների կամ դեղերի համար ստացված հաշվի մեր բաժինը

Ներածություն

Այս գլուխը պատմում է Ձեզ, թե ինչպես և երբ պետք է մեզ հաշիվ ուղարկել՝ վճարում խնդրելու համար: Այն նաև պատմում է Ձեզ, թե ինչպես բողոքարկել, եթե համաձայն չեք ապահովագրական որոշման հետ: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Մեզ ուղղված խնդրանք՝ վճարել Ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար	237
B. Մեզ վճարման խնդրանք ուղարկելը	242
C. Ապահովագրական որոշումներ	242
D. Բողոքարկումներ	243



A. Մեզ ուղղված խնդրանք՝ վճարել Ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար

Մեր ցանցի մատակարարները պետք է հաշիվ ներկայացնեն ծրագրին Ձեր ապահովագրված
ծառայությունների և դեղերի համար՝ դրանք Ձեզ տրամադրելուց հետո: Ցանցի
մատակարարն այն մատակարարն է, ով աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ:

Մենք թույլ չենք տալիս Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի մատակարարներին Ձեզ հաշիվ
ուղարկել այս ծառայությունների համար կամ դեղերի համար: Մենք ուղղակիորեն վճարում
ենք մեր մատակարարներին և պաշտպանում ենք Ձեզ ցանկացած վճարից:

**Եթե Դուք հաշիվ եք ստանում առողջական խնամքի կամ դեղերի ողջ արժեքի համար, մի
վճարեք հաշիվը և այն մեզ ուղարկեք:** Մեզ հաշիվ ուղարկելու համար տեսեք Գլուխ 7-ի
Բաժին B-ն:

- Եթե մենք ապահովագրում ենք ծառայությունները կամ դեղերը, մենք
անմիջապես կվճարենք մատակարարին:
- Եթե մենք ապահովագրում ենք ծառայությունները կամ դեղերը, և Դուք արդեն
վճարել եք ծախսերի Ձեր մասնաբաժինից ավելին, Ձեր իրավունքն է, որ Ձեզ
հետ վճարեն:
 - Եթե Դուք վճարել եք Medicare-ի կողմից ապահովագրված
ծառայությունների համար, մենք Ձեզ հետ կվճարենք:
- Եթե Դուք վճարել եք Medi-Cal-ի ծառայությունների համար, որոնք արդեն
ստացել եք, կարող եք իրավասու լինել փոխհատուցման (հետ վճարման)
համար, եթե բավարարեք հետևյալ բոլոր պայմանները.
 - Ձեր ստացած ծառայությունը Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված
ծառայություն է, որի վճարման համար մենք պատասխանատու ենք:
Մենք Ձեզ չենք փոխհատուցի այն ծառայության համար, որը չի
փոխհատուցվում Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ով:
 - Դուք ստացել եք ապահովագրված ծառայությունը Blue Shield Medicare +
Medi-Cal Plan-ի իրավունակ անդամ դառնալուց հետո:
 - Դուք խնդրում եք հետ վճարել գումարը ապահովագրված
ծառայությունը ստանալու ամսաթվից մեկ տարվա ընթացքում:
 - Դուք տրամադրում եք ապացույց, որ վճարել եք ապահովագրված
ծառայության համար, օրինակ՝ մանրամասն անդորրագիր
մատակարարից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413
(TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Դուք ստացել եք ապահովագրված ծառայությունը Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի ցանցում գրանցված Medi-Cal-ի մատակարարից: Դուք կարիք չունեք բավարարելու այս պայմանը, եթե ստացել եք արտակարգ իրավիճակի խնամք, ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ կամ մեկ այլ ծառայություն, որը Medi-Cal-ը թույլ է տալիս ցանցից դուրս մատակարարներին մատուցել առանց նախավճարացման (նախօրոք լիազորում):
- Եթե ապահովագրված ծառայությունը սովորաբար պահանջում է նախավճարացում (նախօրոք լիազորում), Դուք պետք է մատակարարից ապացույց տրամադրեք, որը ցույց է տալիս ապահովագրված ծառայության բժշկական կարիքը:
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը Ձեզ կտեղեկացնի Ձեզ փոխհատուցելու իր որոշման մասին նամակով, որը կոչվում է Գործողության ծանուցագիր: Եթե Դուք համապատասխանեք վերոնշյալ բոլոր պայմաններին, Medi-Cal-ում անդամագրված մատակարարը պետք է Ձեզ հետ վճարի Ձեր վճարած ամբողջ գումարի համար: Եթե մատակարարը հրաժարվի Ձեզ հետ վճարել, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը կվերադարձնի Ձեզ վճարած ողջ գումարը: Մենք Ձեզ կփոխհատուցենք՝ հայցը ստանալուց հետո 45 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Եթե մատակարարը անդամագրված է Medi-Cal-ում, բայց մեր ցանցում չէ և հրաժարվում է Ձեզ փոխհատուցել, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը Ձեզ հետ կվճարի, բայց միայն մինչև այն գումարը, որը կվճարեք FFS Medi-Cal-ը: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը Ձեզ հետ կվճարի շտապ օգնության ծառայությունների, ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների կամ այլ ծառայության համար, որը Medi-Cal-ը թույլ է տալիս տրամադրել ցանցից դուրս մատակարարների կողմից՝ առանց նախնական հաստատման: Եթե Դուք չեք համապատասխանում վերոնշյալ պայմաններից որևէ մեկին, մենք Ձեզ հետ չենք վճարի:
- Մենք Ձեզ հետ չենք վճարի, եթե.
 - Դուք խնդրել և ստացել եք ծառայություններ, որոնք չեն ապահովագրվում Medi-Cal-ի կողմից, օրինակ՝ կոսմետիկ ծառայություններ:
 - Ծառայությունն ապահովագրված ծառայություն չէ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի համար:
 - Դուք գնացել եք բժշկի մոտ, որը Medi-Cal չի ընդունում, և ստորագրել եք մի ձևաթուղթ, որտեղ նշվում էր, որ այնուամենայնիվ ցանկանում եք հետագոտվել, և որ Դուք ինքներդ կվճարեք ծառայությունների համար:
- Եթե մենք չենք չձեռնարկում ծառայությունները կամ դեղերը, մենք Ձեզ կտեղեկացնենք:



Հարցերի դեպքում դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր խնամքի համակարգողին: Եթե չգիտեք, թե ինչ պետք է վճարեք, կամ եթե հաշիվ եք ստանում, և չգիտեք, թե ինչ պետք է անել դրա համար, մենք կարող ենք օգնել: Կարող եք նաև զանգահարել, եթե ցանկանում եք մեզ տեղեկություններ հայտնել վճարման խնդրանքի մասին, որը Դուք արդեն ուղարկել եք մեզ:

Դեպքերի օրինակները, երբ հնարավոր է, որ կարիք ունենաք խնդրել մեզ հետ վճարելու Ձեզ կամ վճարելու Ձեր ստացած հաշիվը.

1. Երբ Դուք շտապ կամ հրատապ անհրաժեշտ առողջական խնամք եք ստանում արտացանցային մատակարարից

Խնդրեք մատակարարին մեզ հաշիվ ուղարկել:

- Եթե Դուք վճարում եք ամբողջ գումարը, երբ խնամք եք ստանում, խնդրեք մեզ փոխհատուցել Ձեզ ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Մեզ ուղարկեք հաշիվը և Ձեր կատարած վճարման որևէ ապացույց:
- Դուք կարող եք հաշիվ ստանալ մատակարարից, որը պահանջում է վճարում, որ Դուք կարծում եք՝ պարտք չեք: Մեզ ուղարկեք հաշիվը և Ձեր կատարած վճարման որևէ ապացույց:
 - Եթե մատակարարին պետք է վճարել, մենք անմիջապես կվճարենք նրան:
 - Եթե Դուք արդեն վճարել եք ավելին, քան Medicare ծառայության ծախսերի Ձեր մասնաբաժինն է, մենք կպարգենք, թե որքան եք պարտք և կվերադարձնենք Ձեզ ծախսերի մեր բաժնի համար:

2. Երբ ցանցի մատակարարը Ձեզ հաշիվ է ուղարկում

Ցանցի մատակարարները միշտ պետք է մեզ հաշիվ ուղարկեն: Կարևոր է ցույց տալ Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտը, երբ Դուք որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում, սակայն երբեմն ցանցի մատակարարները սխալներ են թույլ տալիս և խնդրում են Ձեզ վճարել Ձեր ծառայությունների համար կամ ավելին, քան ծախսերի Ձեր բաժինն է: **Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին** կամ Ձեր խնամքի համակարգողին այս էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարով, եթե **որևէ հաշիվ ստանաք**:

- Որպես ծրագրի անդամ՝ Դուք վճարում եք համավճարը միայն այն դեպքում, երբ ստանում եք մեր կողմից ապահովագրված ծառայությունները: Մենք թույլ չենք տալիս մատակարարներին այս գումարից ավելի հաշիվ ներկայացնել Ձեզ: Սա ճշմարիտ է, նույնիսկ եթե մենք մատակարարին վճարում ենք ավելի քիչ, քան մատակարարին վճարված ծառայության համար: Նույնիսկ եթե մենք որոշենք չվճարել որոշ զանձումների համար, Դուք, միևնույն է, նրանց չեք վճարի:



- Ամեն անգամ, երբ Դուք հաշիվ եք ստանում ցանցային մատակարարից, որը, Ձեր կարծիքով, ավելին է, քան Դուք պետք է վճարեիք, ուղարկեք մեզ այդ հաշիվը: Մենք ուղղակիորեն կապ կհաստատենք մատակարարի հետ և կլուծենք խնդիրը:
- Եթե Դուք արդեն վճարել եք ցանցի մատակարարից ստացած հաշիվը Medicare-ով ապահովագրված ծառայությունների համար, բայց կարծում եք, որ չափազանց շատ եք վճարել, ուղարկեք մեզ հաշիվը և Ձեր կատարած վճարման ապացույցը: Մենք կփոխհատուցենք Ձեզ Ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար **կամ** Ձեր վճարած գումարի և մեր ծրագրի շրջանակներում Ձեր պարտքի միջև եղած տարբերության չափով:

3. Եթե Դուք հետադարձ կերպով եք գրանցվել մեր ծրագրում

Երբեմն ծրագրում Ձեր գրանցումը կարող է հետադարձ ուժ ունենալ: (Սա նշանակում է, որ Ձեր գրանցման առաջին օրն անցել է: Հնարավոր է, որ դա եղած լինի նույնիսկ անցյալ տարի):

- Եթե Դուք գրանցվել եք հետադարձ ուժով, և գրանցման ամսաթվից հետո վճարել եք ստացած հաշվի համար, կարող եք խնդրել մեզ հետ վճարել այն Ձեզ:
- Մեզ ուղարկեք հաշիվը և Ձեր կատարած վճարման որևէ ապացույց:

4. Երբ Դուք օգտագործում եք արտացանցային դեղատոն և դեղատոմսը լրացնելու համար

Եթե Դուք օգտվում եք արտացանցային դեղատոնից, Դուք կվճարեք Ձեր դեղատոմսի ողջ արժեքը:

- Միայն մի քանի դեպքերում մենք կապահովագրենք արտացանցային գտնվող դեղատոններում ստացված դեղատոմսերը: Ուղարկեք մեզ Ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ դիմում եք մեզ՝ փոխհատուցելու համար արժեքի մեր մասնաբաժինը:
- Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը*՝ արտացանցային գտնվող դեղատոնների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Մենք կարող ենք Ձեզ հետ չվճարել այն տարբերությունը, ինչ Դուք վճարել եք արտացանցային դեղատանը դեղի համար և այն գումարը, որը մենք կվճարենք ցանցի դեղատանը:

5. Երբ Դուք վճարում եք Medicare Մաս D-ի դեղատոմսի ամբողջական արժեքը, քանի որ Ձեր Անդամի ID քարտը Ձեզ հետ չէ

Եթե Դուք չունեք Ձեր Անդամի ID քարտը Ձեզ հետ, կարող եք խնդրել դեղատանը զանգահարել մեզ կամ փնտրել Ձեր ծրագրի գրանցման մասին տեղեկությունները:



- Եթե դեղատոմսը չկարողանա անմիջապես ստանալ տեղեկատվությունը, Դուք կարող եք ստիպված լինել ինքներդ վճարել դեղատոմսի ամբողջ արժեքը կամ վերադառնալ դեղատոմս Ձեր Անդամի ID քարտով:
- Ուղարկեք մեզ Ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ դիմում եք մեզ՝ փոխհատուցելու համար արժեքի մեր մասնաբաժինը:
- Մենք կարող ենք Ձեզ հետ չվճարել Ձեր վճարած ամբողջ արժեքը, եթե Ձեր վճարած կանխիկ գինը ավելի բարձր է, քան դեղատոմսի համար մեր բանակցված գինը:

6. Երբ Դուք վճարում եք Medicare Մաս D-ի դեղատոմսի ողջ արժեքը չապահովագրված դեղի համար

Դուք կարող եք վճարել դեղատոմսի ողջ արժեքը, քանի որ դեղն ապահովագրված չէ:

- Դեղը կարող է չլինել մեր կայքի *Ապահովագրված դեղերի ցանկում* (*Դեղերի ցանկ*), կամ կարող է ունենալ այնպիսի պահանջ կամ սահմանափակում, որի մասին Դուք չգիտեք կամ չեք կարծում, որ այն վերաբերում է Ձեզ: Եթե Դուք որոշեք ձեռք բերել դեղը, հնարավոր է, որ կարիք ունենաք վճարել ողջ արժեքը:
 - Եթե Դուք չեք վճարում դեղի համար, բայց կարծում եք, որ մենք պետք է ապահովագրենք այն, կարող եք ապահովագրական որոշում խնդրել (ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*):
 - Եթե Դուք, Ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս նշանակող որևէ այլ անձը կարծում եք, որ դեղն անհրաժեշտ է անմիջապես (24 ժամվա ընթացքում), ապա կարող եք արագ ապահովագրական որոշում խնդրել (ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*):
- Ուղարկեք մեզ Ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ խնդրեք մեզ փոխհատուցել Ձեզ: Որոշ դեպքերում մեզ կարող է անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ Ձեր բժշկից կամ այլ նշանակողից՝ դեղի արժեքի մեր մասնաբաժինը Ձեզ փոխհատուցելու համար: Մենք կարող ենք Ձեզ հետ չվճարել Ձեր վճարած ամբողջ արժեքը, եթե Ձեր վճարած գինն ավելի բարձր է, քան դեղատոմսի համար մեր բանակցված գինը:

Երբ Դուք մեզ վճարման հարցում ուղարկեք, մենք կվերանայենք այն և կորոշումենք՝ արդյոք ծառայությունը կամ դեղը պետք է ապահովագրվեն: Սա կոչվում է «ապահովագրական որոշում»: Եթե մենք որոշում ենք, որ ծառայությունը կամ դեղը պետք է ապահովագրվի, մենք վճարում ենք դրա արժեքի մեր բաժինը:

Եթե մենք մերժենք վճարման Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկում ներկայացնելու մասին տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*:

B. Մեզ վճարման խնդրանք ուղարկելը

Ուղարկեք մեզ Ձեր հաշիվը և Medicare-ի ծառայությունների համար կատարած վճարման ապացույցը կամ զանգահարեք մեզ: Վճարման ապացույցը կարող է լինել Ձեր գրած չեկի պատճենը կամ մատակարարի անդորրագիրը: **Լավ գաղափար է պատճենել Ձեր հաշիվը և անդորրագրերը Ձեր արձանագրությունների համար:** Դուք կարող եք օգնություն խնդրել Ձեր խնամքի համակարգողից: Դուք պետք է մեզ ուղարկեք Ձեր բժշկական հայցը՝ ծառայությունը, պարագան կամ դեղը ստանալու օրվանից մեկ տարվա ընթացքում: Դուք պետք է մեզ ներկայացնեք Ձեր Մաս D դեղատոմսով դեղերի պահանջը, ծառայությունը, պարագան կամ դեղը ստանալու օրվանից երեք տարվա ընթացքում:

Որպեսզի համոզվեք, որ Դուք մեզ տրամադրում եք բոլոր այն տեղեկությունները, որոնց կարիքն ունենք որոշում կայացնելու համար, կարող եք լրացնել մեր պահանջի ձևաթուղթը՝ վճարում խնդրելու համար:

- Ձեզանից չի պահանջվում օգտագործել ձևաթուղթը, բայց այն օգնում է մեզ ավելի արագ մշակել տեղեկատվությունը:
- Դուք կարող եք ձևաթուղթը ստանալ մեր կայքում (blueshieldca.com) կամ կարող եք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին և խնդրել այն:

Փոստով ուղարկեք Ձեր վճարման խնդրանքը ցանկացած հաշվի կամ անդորրագրի հետ միասին հետևյալ հասցեով.

Բժշկական հայցեր՝

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

Մաս D դեղատոմսով դեղերի հայցեր՝

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. Ապահովագրական որոշումներ

Երբ մենք ստանանք Ձեր վճարման խնդրանքը, մենք ապահովագրական որոշում կկայացնենք: Սա նշանակում է, որ մենք որոշում ենք, թե արդյոք մեր ծրագիրը ապահովագրում է Ձեր ծառայությունը, պարագան կամ դեղը: Մենք նաև որոշում ենք գումարի չափը, եթե այդպիսիք կան, որը Դուք պետք է վճարեք:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Մենք Ձեզ տեղյակ կպահենք, եթե Ձեզանից ավելի շատ տեղեկությունների կարիք ունենանք:
- Եթե մենք որոշենք, որ մեր ծրագիրը ապահովագրում է ծառայությունը, պարագան կամ դեղը, և Դուք հետևել եք այն ստանալու բոլոր կանոններին, մենք կվճարենք դրա արժեքի մեր բաժինը: Եթե Դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղամիջոցի համար, մենք Ձեզ փոստով չեկ կուղարկենք ծախսերի մեր մասնաբաժնի համար: Եթե Դուք վճարել եք դեղի ամբողջ արժեքը, Ձեզ չի կարող փոխհատուցվել Ձեր վճարած ամբողջ գումարը (օրինակ, եթե Դուք դեղ եք ձեռք բերել արտացանցային դեղատանը կամ եթե Ձեր կանկիկով վճարած գինն ավելի բարձր է, քան մեր բանակցված գինը): Եթե Դուք չեք վճարել, մենք ուղղակիորեն կվճարենք մատակարարին:

Այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ը* բացատրում է Ձեր ծառայություններն ապահովագրելու կանոնները: Այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը* բացատրում է Ձեր Medicare Մաս D դեղերի ապահովագրման կանոնները:

- Եթե մենք որոշենք չվճարել ծառայության կամ դեղամիջոցի արժեքի մեր մասնաբաժինը, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք պատճառները ներկայացնելով: Նամակում նաև կբացատրվեն բողոքարկելու Ձեր իրավունքները:
- Ապահովագրական որոշումների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք **Գլուխ 9-ը**:

D. Բողոքարկումներ

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել՝ մերժելով վճարման Ձեր խնդրանքը, կարող եք խնդրել մեզ փոխել մեր որոշումը: Սա կոչվում է «բողոքարկում ներկայացնել»: Դուք կարող եք նաև բողոքարկել, եթե համաձայն չեք մեր վճարած գումարի հետ:

Բողոքարկման պաշտոնական գործընթացն ունի մանրամասն ընթացակարգեր և ժամկետներ: Բողոքարկումների մասին հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*.

- Առողջական խնամքի ծառայության համար փոխհատուցում ստանալու վերաբերյալ բողոքարկելու համար ուսումնասիրեք **Բաժին F-ը**:
- Դեղի համար փոխհատուցում ստանալու վերաբերյալ բողոքարկելու համար ուսումնասիրեք **Բաժին G-ն**:

Գլուխ 8. Ձեր իրավունքները և պարտավորությունները

Ներածություն

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

Բովանդակություն

A. Ծառայությունները և տեղեկությունները ցանկացած ձևով ստանալու Ձեր իրավունքը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին	246
B. Մեր պարտավորությունն է ապահովագրված ծառայությունների և դեղերի ժամանակին հասանելիության ապահովումը Ձեզ համար	256
C. Մեր պարտավորությունն է պաշտպանել Ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկությունը (PHI)	257
C1. Ինչպես ենք մենք պաշտպանում Ձեր PHI-ը.....	258
C2. Ձեր բժշկական արձանագրությունները դիտելու Ձեր իրավունքը.....	258
D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պարտավորությունը	259
E. Ցանցի մատակարարների անկարողությունը Ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ ուղարկել	260
F. Մեր ծրագրից դուրս գալու Ձեր իրավունքը	260
G. Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու Ձեր իրավունքը.....	261
G1. Ձեր բուժման ընտրանքների մասին տեղյակ լինելու և որոշումներ կայացնելու Ձեր իրավունքը.....	261
G2. Ձեր իրավունքն է ասել, թե ինչ եք ցանկանում, որ արվի, եթե չեք կարող ինքներդ առողջական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնել	262
G3. Ինչ անել, եթե Ձեր հրահանգները չկատարվեն	263
H. Ձեր իրավունքը՝ զանգատներ ներկայացնելու և մեզ խնդրելու վերանայել մեր որոշումները	263
H1. Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի կամ Ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար	264
I. Ձեր պարտավորությունները՝ որպես ծրագրի անդամ.....	264

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service will keep your preferred language and format on file for future communications.
 - To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.



A. Ծառայությունները և տեղեկությունները ցանկացած ձևով ստանալու Ձեր իրավունքը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ բոլոր ծառայությունները, ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, մատուցվեն Ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, ներառյալ անգլերենի սահմանափակ հմտություններ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ, լսողության անբավարարություն կամ մշակութային և էթնիկ բազմազան ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է Ձեզ տեղեկացնենք Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք մեր ծրագրում եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև Ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն ավանդական, չինարեն պարզեցված, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն կամ իսպանական կրեոլերեն, տագալերեն և վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ գրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին՝ P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856 հասցեով:
 - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում: Հայտ ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն:
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Customer Service-ը կպահի Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը ֆայլում՝ հետագա հաղորդակցության համար: Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:



A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息

我们必须确保以符合文化要求且易于理解的方式向会员（包括那些英语能力有限、阅读技能有限、存在听力障碍或具有不同文化和族裔背景的人士）提供**所有**服务（包括临床服务和非临床服务）。我们必须用您能理解的方式，告诉您本计划的福利和您的权利。您参保本计划期间，每年我们都必须让您知道您有哪些权利。

- 如欲以您能理解的方式取得信息，请致电您的护理协调员或客户服务部。我们的计划提供免费口译服务，可以用不同语言回答问题。
- 我们的计划也可以提供英文以外其他语言的材料，包括阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、繁体中文、简体中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、他加禄语和越南语，以及大字体、盲文或音频等格式。如欲获取这些替代格式之一的材料，请致电客户服务部或写信至下列地址：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。
 - 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部会将您的首选语言和格式存档，以供将来沟通时使用。如要对您的偏好进行任何更新，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。

如果您因为语言问题或残疾难以取得本计划的信息，而想要提出投诉，请致电：

- Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民权办公室：916-440-7370。听障和语障用户请拨打711。
- 美国卫生与公共服务部民权办公室：1-800-368-1019。听障和语障用户请拨打1-800-537-7697。

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。

我們必須確保向您提供的**所有**服務（包括臨床和非臨床服務）都符合您的文化背景且便於使用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙，或有多元文化與族裔背景。我們也必須用您能瞭解的方式，告訴您我們計劃的福利與您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

- 要以您能瞭解的方式取得資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 我們的計劃也能向您提供英語以外的其他語言的資料，包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙語混合語、他加祿文和越南文，並以大字版、盲文版或語音版等格式提供。要索取這些替代格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365 - 9856 。

- 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。

如果您因為語言方面的問題或因為殘障而無法自我們的計劃取得資訊，而希望提出投訴，請致電

- Medicare : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048 。
- Medi-Cal民權辦公室：916-440-7370 。聽障和語障人士可致電711 。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019 。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697 。

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات بالینی و غیربالینی به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس بودن، به شما ارائه می‌شوند از جمله برای کسانی که دارای مهارت محدود انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومیتی متنوع هستند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیاراتان قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما موظفیم هر سال که در طرح ما عضو هستید، شما را از حقوقتان آگاه کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگ کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.

- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی سنتی، چینی ساده، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به Woodland Hills, P.O. Box 927, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, CA 91365-9856 نامه ارسال کنید.

- شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.

- خدمات مشتریان برنامه درمانی Blue Shield Medicare + Medi-Cal زبان و قالب دلخواه شما را برای تماس‌های بعدی در پرونده ثبت می‌کند. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما، دچار مشکل شده‌اید و می‌خواهید شکایت کنید:

- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370 کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Դիմումի պահանջը բավարարելու միջոցով ծախսերը վերականգնելու իրավունք

Դիմումի պահանջը բավարարելու միջոցով ծախսերը վերականգնելու իրավունքը ունենալու համար, մենք պահանջում ենք, որ դուք համապատասխանեք մեր պահանջներին: Դիմումի պահանջը բավարարելու միջոցով ծախսերը վերականգնելու իրավունքը ունենալու համար, մենք պահանջում ենք, որ դուք համապատասխանեք մեր պահանջներին:

- Դիմումի պահանջը բավարարելու միջոցով ծախսերը վերականգնելու իրավունք ունենալու համար, մենք պահանջում ենք, որ դուք համապատասխանեք մեր պահանջներին:
- Դիմումի պահանջը բավարարելու միջոցով ծախսերը վերականգնելու իրավունք ունենալու համար, մենք պահանջում ենք, որ դուք համապատասխանեք մեր պահանջներին:
- Դիմումի պահանջը բավարարելու միջոցով ծախսերը վերականգնելու իրավունք ունենալու համար, մենք պահանջում ենք, որ դուք համապատասխանեք մեր պահանջներին:

Դիմումի պահանջը բավարարելու միջոցով ծախսերը վերականգնելու իրավունք ունենալու համար, մենք պահանջում ենք, որ դուք համապատասխանեք մեր պահանջներին:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY օգտագործողները: 1-877-486-2048-ով զանգահարեք:
- Medi-Cal օգտագործողներ: 916-440-7370. TTY օգտագործողները: 711-ով զանգահարեք:
- ԱՄՆ-ի առողջապահության նախարարության օգնություն: 1-800-368-1019. TTY օգտագործողները: 1-800-537-7697-ով զանգահարեք:

А. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей

Мы должны обеспечить предоставление вам **всех** услуг (клинических и неклинических) культурно компетентным и доступным способом, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха и лиц с различным культурным и этническим происхождением. Мы также должны рассказать вам о льготах нашего плана и ваших правах так, чтобы вы могли их понять. Мы должны информировать вас о ваших правах каждый год, пока вы являетесь участником нашего плана.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните по телефону вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. В нашем плане имеются бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, камбоджийский, китайский традиционный, китайский упрощенный, фарси, корейский, русский, испанский или испанский креольский, тагальский и вьетнамский и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания клиентов или напишите в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Сотрудники отдела обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сохраняют ваши предпочтения, чтобы в будущем вы получали сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за сложностей с языком или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните сюда:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 711.
- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-537-7697.



A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden en un espacio con sensibilidad cultural y de manera accesible, incluyo a aquellos miembros con conocimientos limitados de inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o a personas de diferentes orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete sin costo disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como el árabe, armenio, camboyano, chino tradicional, chino simplificado, farsi, coreano, ruso, español o español criollo, tagalo y vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan dejará registrados su idioma y formato de preferencia para todas las comunicaciones futuras. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal: 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.



A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa inyong mga pangangailangan

Dapat naming siguraduhin na ang **lahat** ng serbisyo, kapwa klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa inyo sa isang paraang naaangkop sa kultura at nakukuha, kabilang ng mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong mga kasanayan sa pagbabasa, kapansanan sa pandinig, o mga may magkakaibang mga pinanggalingan sa kultura at etniko. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan kada taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang bukod sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa Customer Service o sumulat sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận bao gồm cho những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, mất khả năng thính giác hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Truyền thống, tiếng Trung giản thể, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Tây Ban Nha Creole, tiếng Tagalog và tiếng Việt và ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc viết thư cho Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế ngay bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sẽ lưu giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về tùy chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, vui lòng gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.
- Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.

B. Մեր պարտավորությունն է ապահովագրված ծառայությունների և դեղերի ժամանակին հասանելիության ապահովումը Ձեզ համար

Դուք իրավունքներ ունեք որպես մեր ծրագրի անդամ:

- Դուք իրավունք ունեք ընտրել առաջնային խնամքի մատակարար (PCP) մեր ցանցում: Ցանցի մատակարարն այն մատակարարն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել այն մասին, թե ինչ տեսակի մատակարարներ կարող են հանդես գալ որպես PCP, և ինչպես ընտրել PCP այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ում*:
 - Ձանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ փնտրեք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*, հավելյալ տեղեկություններ ստանալու ցանցի մատակարարների և այն բժիշկների մասին, որոնք նոր հիվանդներ են ընդունում:
- Դուք իրավունք ունեք օգտվելու կանանց առողջության մասնագետից՝ առանց ուղեգիր ստանալու: Ուղեգիրը Ձեր PCP-ի կողմից հաստատումն է՝ օգտվելու մատակարարից, որը Ձեր PCP-ն չէ:
- Դուք իրավունք ունեք ստանալ ապահովագրված ծառայություններ ցանցի մատակարարներից ողջամիտ ժամկետում:
 - Սա ներառում է մասնագետներից ժամանակին ծառայություններ ստանալու իրավունքը:
 - Եթե Դուք չեք կարող ծառայություններ ստանալ ողջամիտ ժամկետում, մենք պետք է վճարենք ցանցից դուրս խնամքի համար:
- Դուք իրավունք ունեք ստանալու շտապ օգնության ծառայություններ կամ խնամք, որը շտապ անհրաժեշտ է առանց նախօրոք լիազորման (PA):
- Դուք իրավունք ունեք առանց երկար ուշացումների ստանալ Ձեր դեղատոմսերը մեր ցանցի դեղատներից որևէ մեկում:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե երբ կարող եք օգտվել արտացանցային մատակարարից: Արտացանցային մատակարարների մասին տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ը*:
- Երբ Դուք առաջին անգամ միանում եք մեր ծրագրին, Դուք իրավունք ունեք պահպանել Ձեր ընթացիկ մատակարարներին և ծառայություններին թույլտվությունները մինչև 12 ամիս, եթե որոշակի պայմաններ բավարարվեն: Ձեր մատակարարների և ծառայությունների թույլտվությունների պահպանման մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 1-ը*:



- Դուք իրավունք ունեք Ձեր սեփական առողջապահական որոշումները կայացնել Ձեր խնամքի թիմի և խնամքի համակարգողի օգնությամբ:

Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 9-ը** տեղեկություններ է տրամադրում, թե ինչ կարող եք անել, եթե կարծում եք, որ Ձեր ծառայությունները կամ դեղերը ողջամիտ ժամկետում չեք ստանում: Այն նաև պատմում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե մենք մերժենք Ձեր ծառայությունների կամ դեղերի ապահովագրությունը, իսկ Դուք համաձայն չլինեք մեր որոշման հետ:

C. Մեր պարտավորությունն է պաշտպանել Ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկությունը (PHI)

Մենք պաշտպանում ենք Ձեր PHI-ն ինչպես պահանջվում է դաշնային և նահանգային օրենքներով:

Ձեր PHI-ը ներառում է այն անձնական տվյալները, որոնք Դուք տրամադրել եք մեզ մեր ծրագրում գրանցվելիս: Այն նաև ներառում է Ձեր բժշկական արձանագրությունները և այլ բժշկական և առողջական տեղեկությունը:

Դուք իրավունքներ ունեք, երբ խոսքը վերաբերում է Ձեր տեղեկատվությանը և Ձեր PHI-ի օգտագործմանը վերահսկելուն: Մենք Ձեզ գրավոր ծանուցում ենք տրամադրում, որը խորհուրդ է տալիս այս իրավունքների մասին և բացատրում, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում Ձեր PHI-ի գաղտնիությունը: Ծանուցումը կոչվում է «Գաղտնիության գործելակերպի ծանուցագիր»:

Այն անդամներից, որոնք կարող են համաձայնել զգայուն ծառայություններ ստանալ, չի պահանջվում ստանալ որևէ այլ անդամի թույլտվությունը զգայուն ծառայություններ ստանալու կամ զգայուն ծառայությունների համար պահանջ ներկայացնելու համար: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը կուղղորդի զգայուն ծառայությունների վերաբերյալ հաղորդակցությունները անդամի այլընտրանքային նշանակված փոստային հասցեին, էլ. փոստի հասցեին կամ հեռախոսահամարին, կամ նշանակման բացակայության դեպքում՝ անդամի անունով ֆայլում նշված հասցեով կամ հեռախոսահամարով: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը որևէ այլ անդամի չի բացահայտի զգայուն ծառայությունների հետ կապված բժշկական տվյալներն՝ առանց խնամք ստացող անդամի գրավոր թույլտվության: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը կբավարարի գաղտնի հաղորդակցության հարցումները ձևաթղթում և պահանջվող ձևաչափը, եթե այն հեշտությամբ արտադրվում է պահանջվող ձևով և ձևաչափով կամ այլընտրանքային վայրերում: Անդամի խնդրանքը գաղտնի ծառայությունների հետ կապված գաղտնի հաղորդակցությունների վերաբերյալ վավեր կլինի այնքան ժամանակ, մինչև անդամը չեղարկի հարցումը կամ չներկայացնի նոր հարցում գաղտնի հաղորդակցության համար:



Մեր Գաղտնիության գործելակերպի ծանուցագրի պատճենը խնդրելու կամ Ձեր ֆայլում Գաղտնի հաղորդակցություն տեղադրելու խնդրանքով կարող եք կամ.

1. Այցելել blueshieldca.com և սեղմել «Privacy» (Գաղտնիություն) հղումը գլխավոր էջի ներքևում: Այնտեղ կարող եք գտնել Գաղտնիության գործելակերպի ծանուցագիրը և Գաղտնի հաղորդակցությունների խնդրանքի ձևաթուղթը:
2. Չանգահարել Ձեր Blue Shield անդամի նույնականացման (ID) քարտի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով:
3. Չանգահարել Blue Shield of California-ի Գաղտնիության գրասենյակ 1-888-266-8080 անվճար հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
4. Էլ.նամակ ուղարկել մեզ հետևյալ հասցեով՝ privacy@blueshieldca.com

C1. Ինչպես ենք մենք պաշտպանում Ձեր PHI-ը

Մենք երաշխավորում ենք, որ ոչ մի չարտոնված մարդ չի նայի կամ չի փոխի Ձեր արձանագրությունները:

Բացառությամբ ստորև նշված դեպքերի, մենք Ձեր PHI-ը չենք տա որևէ մեկին, որը չի տրամադրի Ձեր խնամքը կամ չի վճարի Ձեր խնամքի համար: Եթե մենք դա անենք, մենք պետք է նախ Ձեզանից գրավոր թույլտվություն ստանանք: Դուք կամ որևէ մեկը, որը օրինականորեն լիազորված է որոշումներ կայացնել Ձեր փոխարեն, կարող եք գրավոր թույլտվություն տալ:

Երբեմն մենք կարիք չունենք նախապես Ձեր գրավոր թույլտվությունը ստանալու համար: Այս բացառությունները թույլատրվում կամ պահանջվում են օրենքով.

- Մենք պետք է PHI-ն հրապարակենք պետական մարմիններին, որոնք ստուգում են մեր ծրագրի խնամքի որակը:
- Մենք կարող ենք PHI-ը հայտնել, եթե դա ցուցվի դատարանի կողմից, բայց միայն այն դեպքում, եթե դա թույլատրվում է California-ի օրենքով:
- Մենք պետք է Medicare-ին տանք Ձեր PHI-ը, ներառյալ Ձեր Medicare Մաս D դեղերի մասին տեղեկությունները: Եթե Medicare-ը հրապարակի Ձեր PHI-ը հետազոտության կամ այլ օգտագործման համար, նրանք դա կանեն դաշնային օրենքների համաձայն:

C2. Ձեր բժշկական արձանագրությունները դիտելու Ձեր իրավունքը

- Դուք իրավունք ունեք նայել Ձեր բժշկական փաստաթղթերը և ստանալ Ձեր արձանագրությունների պատճենը: Մենք կարող ենք Ձեզնից գումար գանձել Ձեր բժշկական արձանագրությունների պատճենը պատրաստելու համար:



- Դուք իրավունք ունեք խնդրել մեզ թարմացնել կամ ուղղել Ձեր բժշկական արձանագրությունները: Եթե Դուք խնդրեք մեզ դա անել, մենք կաշխատենք Ձեր առողջական խնամքի մատակարարի հետ՝ որոշելու, թե արդյոք փոփոխություններ պետք է կատարվեն:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե արդյոք և ինչպես ենք մենք կիսում Ձեր PHI-ն ուրիշների հետ որևէ նպատակով, որը սովորական չէ:

Եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք Ձեր PHI-ի գաղտնիության վերաբերյալ, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պարտավորությունը

Որպես մեր ծրագրի անդամ՝ Դուք իրավունք ունեք մեզանից տեղեկություններ ստանալ մեր ծրագրի, մեր ցանցի մատակարարների և Ձեր ապահովագրված ծառայությունների մասին:

Եթե Դուք անգլերեն չեք խոսում, մենք թարգմանչական ծառայություններ ունենք՝ մեր ծրագրի վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Սա անվճար ծառայություն է Ձեզ համար: *Անդամի տեղեկագիրքը* և այլ կարևոր նյութեր հասանելի են անգլերենից բացի այլ լեզուներով: Նյութերը կարող են հասանելի լինել նաև արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, պարզեցված չինարեն, ավանդական չինարեն, պարսկերեն, հինդի, հինդուսերեն, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, միեն, փենջաբերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալոգերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով: Մենք կարող ենք նաև Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրել խոշոր տառերով, բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրությամբ: Մեզանից պահանջվում է Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրել ծրագրի առավելությունների մասին Ձեզ համար մատչելի և համապատասխան ձևաչափով: Ձեզ համար հարմար եղանակով մեզնից տեղեկատվություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Եթե տեղեկություններ ցանկանաք ստորև նշվածներից որևէ մեկի մասին, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին.

- Ինչպես ընտրել կամ փոխել ծրագրերը
- Մեր ծրագիրը, ներառում է՝
 - ֆինանսական տեղեկատվություն
 - ինչպես են մեզ գնահատել ծրագրի անդամները
 - անդամների կողմից ներկայացված բողոքարկումների քանակը
 - ինչպես դուրս գալ մեր ծրագրից



- Մեր ցանցի մատակարարները և մեր ցանցի դեղատները, ներառյալ՝
 - ինչպես ընտրել կամ փոխել առաջնային խնամքի մատակարարներին
 - մեր ցանցի մատակարարների և դեղատների որակավորումները
 - ինչպես ենք մենք վճարում մատակարարներին մեր ցանցում
- Ապահովագրված ծառայությունները և դեղերը, ներառյալ՝
 - ծառայություններ (ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխներ 3-ը և 4-ը*) և այն դեղերը (ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը և 6-ը*), որոնք ապահովագրված են մեր ծրագրի կողմից
 - Ձեր ապահովագրության և դեղերի սահմանափակումները
 - կանոններ, որոնց պետք է հետևեք ապահովագրված ծառայություններ և դեղեր ստանալու համար
- Ինչու ինչ-որ բան չի ապահովագրվում, և ինչ կարող եք անել դրա առնչությամբ (ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*), ներառյալ մեզ խնդրելով հետևյալը՝
 - գրավոր տեղեկացնել, թե ինչու ինչ-որ բան չի ապահովագրվում
 - փոխել մեր կայացրած որոշումը
 - վճարել Ձեր ստացած հաշվի համար

Ե. Ցանցի մատակարարների անկարողությունը Ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ ուղարկել

Բժիշկները, հիվանդանոցները և մեր ցանցի այլ մատակարարները չեն կարող Ձեզ ստիպել վճարել ապահովագրված ծառայությունների համար: Նրանք նաև չեն կարող հաշվեկշռել հաշիվը կամ ձեզնից գանձել, եթե մենք վճարենք մատակարարի կողմից գանձված գումարից ավելի քիչ: Տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչ պետք է անել, եթե ցանցի մատակարարը փորձի ձեզնից վճարումներ գանձել ապահովագրված ծառայությունների համար, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 7-ը*:

Բ. Մեր ծրագրից դուրս գալու Ձեր իրավունքը

Ոչ ոք չի կարող Ձեզ ստիպել մնալ մեր ծրագրում, եթե Դուք չեք ցանկանում:

- Դուք իրավունք ունեք ստանալ Ձեր առողջապահական ծառայությունների մեծ մասը Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ այլ ծրագրի միջոցով:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Դուք կարող եք ստանալ Ձեր Medicare Մաս D դեղերի նպաստները դեղերի ծրագրից կամ մեկ այլ MA ծրագրից:
- Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 10-ը*.
 - Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե երբ կարող եք միանալ նոր MA-ի կամ դեղերի նպաստների ծրագրին:
 - Տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal-ի նպաստները, եթե հեռանաք մեր ծրագրից:

Գ. Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու Ձեր իրավունքը

Դուք իրավունք ունեք լիարժեք տեղեկատվություն ստանալու Ձեր բժիշկներից և առողջական խնամքի մատակարարներից, որոնք կօգնեն Ձեզ որոշումներ կայացնել Ձեր առողջական խնամքի վերաբերյալ:

G1. Ձեր բուժման ընտրանքների մասին տեղյակ լինելու և որոշումներ կայացնելու Ձեր իրավունքը

Ձեր մատակարարները պետք է բացատրեն Ձեր առողջական խնդիրը և Ձեր բուժման ընտրություններն այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ: Դուք իրավունք ունեք.

- **Տեղյակ լինել Ձեր ընտրությունների մասին:** Դուք իրավունք ունեք տեղեկացվելու բուժման բոլոր տարբերակների մասին:
- **Տեղյակ լինել վտանգների մասին:** Դուք իրավունք ունեք տեղեկանալու ցանկացած վտանգի մասին: Մենք պետք է նախապես տեղեկացնենք Ձեզ, եթե որևէ ծառայություն կամ բուժում հետազոտական փորձի մաս է կազմում: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել փորձարարական բուժումից:
- **Երկրորդ կարծիք ստանալ:** Դուք իրավունք ունեք օգտվել մեկ այլ բժշկի ծառայությունից՝ նախքան բուժման որոշում կայացնելը:
- **Ոչ ասել:** Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել ցանկացած բուժումից: Սա ներառում է հիվանդանոցից կամ այլ բժշկական հաստատությունից դուրս գալու իրավունքը, նույնիսկ եթե Ձեր բժիշկը Ձեզ խորհուրդ չի տալիս դա անել: Դուք իրավունք ունեք դադարեցնել նշանակված դեղի ընդունումը: Եթե Դուք հրաժարվեք բուժումից կամ դադարեցնեք նշանակված դեղամիջոցի ընդունումը, մենք Ձեզ չենք հանի մեր ծրագրից: Սակայն, եթե Դուք հրաժարվեք բուժումից կամ դադարեցնեք դեղի ընդունումը, Դուք կկրեք ողջ պատասխանատվությունը Ձեզ հետ կատարվածի համար:



- **Խնդրել մեզ բացատրել, թե ինչու է մատակարարը մերժել խնամքը:** Դուք իրավունք ունեք մեզանից բացատրություն ստանալ, եթե մատակարարը մերժել է այն խնամքը, որը Դուք կարծում եք, որ պետք է ստանայիք:
- **Խնդրել մեզ ապահովագրել այն ծառայությունը կամ դեղը, որը մենք մերժել ենք կամ սովորաբար չենք ապահովագրում:** Մա կոչվում է ապահովագրական որոշում: Այս *Անդամի տեղեկագրի* Գլուխ 9-ը պատմում է, թե ինչպես մեզնից ապահովագրական որոշում խնդրել:

G2. Ձեր իրավունքն է ասել, թե ինչ եք ցանկանում, որ արվի, եթե չեք կարող ինքներդ առողջական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնել

Երբեմն մարդիկ չեն կարող ինքնուրույն որոշումներ կայացնել առողջական խնամքի վերաբերյալ: Մինչ դա Ձեզ հետ տեղի կունենա, Դուք կարող եք.

- **Լրացնել գրավոր ձևաթուղթ, Ձեր փոխարեն առողջական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու իրավունք տալու համար,** եթե երբևէ չկարողանաք որոշումներ կայացնել Ձեր փոխարեն:
- **Ձեր բժշկներին գրավոր հրահանգներ** տվեք այն մասին, թե ինչպես վարվել Ձեր առողջական խնամքի հետ, եթե Դուք ի վիճակի չեք որոշումներ կայացնել ինքներդ Ձեզ համար, ներառյալ խնամքը, որը **չեք** ցանկանում:

Իրավաբանական փաստաթուղթը, որը Դուք օգտագործում եք Ձեր ցուցումները տալու համար, կոչվում է «նախօրոք հրահանգ»: Կան տարբեր տեսակի նախօրոք հրահանգներ և դրանց համար տարբեր անուններ: Օրինակներն են՝ ապրելու կամքը և առողջական խնամքի լիազորագիրը:

Ձեզանից չի պահանջվում նախօրոք հրահանգ ունենալ, բայց Դուք կարող եք այն ունենալ: Ահա թե ինչ պետք է անել, եթե ցանկանում եք օգտագործել նախօրոք հրահանգը.

- **Ստացեք ձևաթուղթը:** Ձևաթուղթը կարող եք ստանալ Ձեր բժշկից, իրավաբանից, սոցիալական աշխատողից կամ գրասենյակի մատակարարման որոշ խանութներից: Դեղատները և մատակարարների գրասենյակները հաճախ ունեն այդ ձևաթղթերը: Կարող եք անվճար առցանց ձևաթուղթ գտնել և ներբեռնել այն:
- **Լրացրեք ձևաթուղթը և ստորագրեք այն:** Ձևաթուղթն օրինական փաստաթուղթ է: Կազմակերպեք այնպես, որ փաստաբանը կամ մեկ այլ անձ, ում վստահում եք, օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ Ձեր PCP-ն, օգնի Ձեզ լրացնել այն:
- **Տվեք ձևաթղթի պատճեններն այն մարդկանց, որոնք պետք է իմանան դրա մասին:** Ձեր բժշկին տրամադրեք ձևաթղթի պատճենը: Դուք նաև պետք է պատճենը տաք այն անձին, ում նշանակել եք, որպեսզի Ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնի, եթե չեք կարող: Դուք կարող եք պատճենները տալ մտերիմ ընկերներին կամ ընտանիքի անդամներին: Մեկ օրինակ պահեք տանը:



- Եթե Դուք հոսպիտալացվում եք և ունեք ստորագրված նախնական հրահանգ, **դրա պատճենը տարեք հիվանդանոց:**
 - Հիվանդանոցում կհարցնեն, թե արդյոք ունեք ստորագրված նախնական հրահանգի ձևաթուղթ, և արդյոք այն Ձեզ մոտ է:
 - Եթե Դուք չունեք ստորագրված նախօրոք հրահանգի ձևաթուղթ, հիվանդանոցում կան ձևաթղթեր և Ձեզ կհարցնեն, թե արդյոք ցանկանում եք ստորագրել:

Դուք իրավունք ունեք.

- Որ Ձեր նախնական հրահանգը դրվի Ձեր բժշկական արձանագրություններում:
- Ցանկացած ժամանակ փոխել կամ չեղարկել Ձեր նախօրոք հրահանգը:
- Տեղյակ լինել նախօրոք հրահանգի օրենքների փոփոխության մասին: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը Ձեզ կտեղեկացնի նահանգային օրենքի փոփոխությունների մասին փոփոխությունից հետո ոչ ուշ քան 90 օրվա ընթացքում:

Օրենքով՝ ոչ ոք չի կարող մերժել Ձեզ խնամքը կամ խտրականություն դրսևորել Ձեր դեմ՝ հիմնվելով նախօրոք հրահանգի վրա: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

G3. Ինչ անել, եթե Ձեր հրահանգները չկատարվեն

Եթե Դուք ստորագրել եք նախօրոք հրահանգը և կարծում եք, որ բժիշկը կամ հիվանդանոցը չի հետևել դրա ցուցումներին, կարող եք բողոք ներկայացնել Commence Health-ին (California-ի Որակի բարելավման կազմակերպություն)՝ (877) 588-1123 [TTY՝ 711] հեռախոսահամարով, կամ գրել հետևյալ հասցեով՝ Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701

Ի. Ձեր իրավունքը՝ զանգատներ ներկայացնելու և մեզ խնդրելու վերանայել մեր որոշումները

Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 9-ում** ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե որևէ խնդիր կամ մտահոգություն ունեք Ձեր ապահովագրված ծառայությունների կամ խնամքի առնչությամբ: Օրինակ, Դուք կարող եք խնդրել մեզ ընդունել ապահովագրության որոշում, բողոքարկել ապահովագրության որոշումը՝ փոխելու կամ բողոք ներկայացնելու համար:

Դուք իրավունք ունեք տեղեկություններ ստանալ բողոքարկումների և բողոքների մասին, որոնք մեր դեմ ներկայացրել են ծրագրի այլ անդամներ: Այս տեղեկատվությունը ստանալու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



H1. Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի կամ Ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար

Եթե կարծում եք, որ մենք Ձեզ հետ անարդար ձևով ենք վերաբերվել, և դա **կապված չէ** այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 11-ում** թվարկված խտրականության պատճառների հետ, կամ ցանկանում եք հավելյալ տեղեկություններ ստանալա Ձեր իրավունքների մասին, կարող եք զանգահարել՝

- Հաճախորդների սպասարկման բաժին:
- Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 (TTY՝ 711): HICAP-ի մասին լրացուցիչ մանրամասների համար ուսումնասիրեք **Գլուխ 2-ի Բաժին E-ն**:
- Medi-Cal Ombudsman՝ 1-888-452-8609: Այս ծրագրի մասին լրացուցիչ մանրամասների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 2-ը**:

Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: (Դուք կարող եք նաև կարդալ կամ ներբեռնել «Medicare Rights & Protections» (Medicare-ի իրավունքներ և պաշտպանություններ), որը գտնվում է Medicare-ի կայքում՝ www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf):

I. Ձեր պարտավորությունները՝ որպես ծրագրի անդամ

Որպես ծրագրի անդամ, Դուք պարտավոր եք անել ստորև թվարկված բաները: Հարցերի դեպքում զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

- **Կարդացեք այս *Անդամի տեղեկագիրը***՝ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչ է ընդգրկում մեր ծրագիրը և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևել ապահովագրված ծառայություններ և դեղեր ստանալու համար: Մանրամասներ Ձեր
 - ապահովագրված ծառայությունների մասին, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխներ 3-ը և 4-ը**: Այդ գլուխները Ձեզ տեղեկացնում են, թե ինչն է ապահովագրվում, ինչը չի ապահովագրվում, ինչ կանոնների պետք է հետևել և ինչի համար եք վճարում:
 - Ապահովագրված դեղերի համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխներ 5-ը և 6-ը**:
- **Տեղեկացրեք մեզ Ձեր ցանկացած այլ առողջապահական կամ դեղերի ապահովագրության մասին**: Մենք պետք է համոզվենք, որ Դուք օգտագործում եք Ձեր ապահովագրության բոլոր տարբերակները, երբ Դուք ստանում եք առողջապահական խնամք: Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին, եթե ունեք այլ ապահովագրություն:



- **Ձեր բժշկին և առողջական խնամքի այլ մատակարարներին տեղեկացրեք**, որ մեր ծրագրի անդամ եք: Ցույց տվեք Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտը, երբ ծառայություններ կամ դեղեր եք ստանում:
- **Օգնեք Ձեր բժիշկներին և առողջական խնամքի այլ մատակարարներին Ձեզ լավագույն խնամք տրամադրելու:**
 - Ձեր և Ձեր առողջության մասին անհրաժեշտ տեղեկատվություն տրամադրեք նրանց: Հնարավորինս շատ տեղեկություններ ստացեք Ձեր առողջական խնդիրների մասին: Հետևեք բուժման պլաններին և հրահանգներին, որոնց շուրջ Դուք և Ձեր մատակարարները համաձայնության եք եկել:
 - Համոզվեք, որ Ձեր բժիշկները և այլ մատակարարները գիտեն Ձեր ընդունած բոլոր դեղերի մասին: Սա ներառում է դեղեր, առանց դեղատոմսի դեղեր, վիտամիններ և հավելումներ:
 - Տվեք ցանկացած հարց, որ ունեք: Ձեր բժիշկները և այլ մատակարարները պետք է բացատրեն ամեն ինչ այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ: Եթե հարց եք տալիս և չեք հասկանում պատասխանը, նորից հարցրեք:
- **Աշխատեք Ձեր խնամքի համակարգողի հետ** այդ թվում՝ լրացնելով տարեկան առողջական վտանգի գնահատումը:
- **Քաղաքավարի եղեք:** Մենք ակնկալում ենք, որ ծրագրի բոլոր անդամները հարգեն այլոց իրավունքները: Մենք նաև ակնկալում ենք, որ Դուք հարգանքով կվարվեք Ձեր բժշկի ընդունարանում, հիվանդանոցներում և այլ մատակարարների ընդունարաններում:
- **Վճարեք Ձեր պարտք եղած գումարները:** Որպես ծրագրի անդամ, Դուք պատասխանատու եք հետևյալ վճարումների համար.
 - Medicare Մաս A և Medicare Մաս B ապահովագներ: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի անդամների մեծամասնության համար Medi-Cal-ը վճարում է Ձեր Medicare Մաս A ապահովագնի և Medicare Մաս B-ի ապահովագնի համար:
 - Մեր ծրագրով ապահովագրված Ձեր որոշ դեղերի համար Դուք պետք է վճարեք ծախսերի Ձեր մասնաբաժինը, երբ ստանում եք դեղը: Սա կլինի համավճար (ֆիքսված գումար): **Գլուխ 6-ը** պատմում է, թե ինչ պետք է վճարեք Ձեր դեղերի համար:



- **Եթե Դուք ստանում եք ծառայություններ կամ դեղեր, որոնք չեն ապահովագրվում մեր ծրագրի կողմից, Դուք պետք է վճարեք ամբողջ արժեքը:** (Նշում. եթե համաձայն չեք ծառայության կամ դեղի չապահովագրման մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել: Խնդրում ենք ծանոթանալ **Գլուխ 9-ին**՝ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես պետք է բողոքարկել):
- **Տեղեկացրեք մեզ, եթե տեղափոխվում եք:** Եթե մտադիր եք տեղափոխվել, անմիջապես տեղեկացրեք մեզ: Զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին:
- **Դուք չեք կարող մնալ մեր ծրագրում, եթե տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:** Այս ծրագրի անդամ կարող են լինել միայն այն մարդիկ, ովքեր ապրում են մեր սպասարկման տարածքում: Այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 1-ը** պատմում է Ձեզ մեր սպասարկման տարածքի մասին:
- Մենք կարող ենք օգնել Ձեզ պարզել, թե արդյոք Դուք տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս: Գրանցման հատուկ ժամանակահատվածում Դուք կարող եք անցնել Original Medicare-ին կամ գրանցվել Ձեր նոր տարածքի Medicare առողջապահական կամ դեղերի ծրագրում: Մենք կարող ենք Ձեզ տեղեկացնել, թե արդյոք մենք ծրագիրը ունենք Ձեր նոր տարածքում:
- Medicare-ին և Medi-Cal-ին տեղեկացրեք Ձեր նոր հասցեն, երբ տեղափոխվեք: Medicare-ի և Medi-Cal-ի հեռախոսահամարների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 2-ը**:
- **Եթե Դուք տեղափոխվեք և մնաք մեր սպասարկման տարածքում, մենք պետք է տեղյակ լինենք այդ մասին:** Մենք պետք է թարմացված պահենք Ձեր անդամակցության արձանագրությունը և տեղյակ լինենք, թե ինչպես կապվել Ձեզ հետ:
- **Եթե տեղափոխվում եք, տեղեկացրեք Սոցիալական ապահովությանը** (կամ Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհրդին):
- **Տեղեկացրեք մեզ, եթե ունեք նոր հեռախոսահամար,** կամ Ձեզ հետ կապվելու ավելի լավ միջոցի մասին:
- **Եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք, օգնության համար զանգահարեք** Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին:



Գլուխ 9. Ինչ անել, եթե ունեք խնդիր կամ գանգատ (ապահովագրական որոշումներ, բողոքարկումներ, գանգատներ)

Ներածություն

Այս գլուխը պարունակում է տեղեկատվություն Ձեր իրավունքների մասին: Կարդացեք այս գլուխը՝ պարզելու, թե ինչ անել, եթե.

- Դուք խնդիր կամ գանգատ ունեք մեր ծրագրի առնչությամբ:
- Ձեզ անհրաժեշտ է ծառայություն, պարագա կամ դեղորայք, որի համար մեր ծրագիրը հայտարարել է, որ չի վճարելու:
- Դուք համաձայն չեք Ձեր խնամքի վերաբերյալ մեր ծրագրի կայացրած որոշման հետ:
- Դուք կարծում եք, որ Ձեր ապահովագրված ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում:
- Դուք խնդիր կամ գանգատ ունեք Ձեր երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցությունների առնչությամբ, որոնք ներառում են Չափահասների համայնքահեն ծառայությունները (CBAS) և բուժքույրական հաստատության (NF) ծառայությունները:

Այս գլուխը բաղկացած է տարբեր բաժիններից՝ օգնելու Ձեզ հեշտությամբ գտնել այն, ինչ փնտրում եք: **Եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, կարդացեք այս գլխի այն հատվածները, որոնք վերաբերում են Ձեր իրավիճակին:**

Դուք պետք է ստանաք այն առողջական խնամքը, դեղերը և երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունները, որոնք Ձեր բժիշկը և այլ մատակարարները կորոշեն, որ անհրաժեշտ են Ձեր խնամքի համար՝ որպես Ձեր խնամքի ծրագրի մաս: **Եթե Ձեր խնամքի հետ կապված խնդիր ունեք, ապա օգնության համար կարող եք զանգահարել Medicare Medi-Cal Ombudsman Program-ի 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:** Այս գլուխը բացատրում է այն տարբերակները, որոնք Դուք ունեք տարբեր խնդիրների և գանգատների դեպքում, սակայն Դուք միշտ կարող եք զանգահարել Ombudsman Program, որպեսզի Ձեզ օգնեն Ձեր խնդիրը լուծելու հարցում: Ձեր մտահոգությունները լուծելու համար լրացուցիչ ռեսուրսների և դրանց հետ կապ հաստատելու ուղիների համար ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 2-ը:*



Բովանդակություն

A. Ինչ անել, եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք.....	270
A1. Իրավաբանական տերմինների մասին	270
B. Որտեղ օգնություն ստանալ	270
B1. Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար.....	270
C. Հասկանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի զանգաստները և բողոքարկումները մեր ծրագրում ...	272
D. Ձեր նպաստներին առնչվող խնդիրներ.....	273
E. Ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ.....	273
E1. Ապահովագրական որոշումներ.....	273
E2. Բողոքարկումներ	274
E3. Օգնություն ապահովագրական որոշումների և բողոքարկումների հարցում	275
E4. Այս գլխի որ բաժինը կարող է օգնել Ձեզ.....	276
F. Բժշկական խնամք	276
F1. Այս բաժնից օգտվելը.....	277
F2. Ապահովագրական որոշում խնդրելը	278
F3. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	281
F4. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	285
F5. Վճարման խնդիրներ	293
G. Medicare Մաս D դեղեր.....	295
G1. Medicare Մաս D ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ	295
G2. Medicare Մաս D-ի բացառություններ.....	297
G3. Կարևոր բաներ, որոնք պետք է իմանալ բացառություն խնդրելու մասին	299
G4. Ապահովագրական որոշում, ներառյալ բացառություն խնդրելը	299
G5. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	303



G6. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	305
H. Խնդրել ապահովագրել հիվանդանոցում ավելի երկար մնալը	308
H1. Ձեր Medicare իրավունքների մասին իմանալը	308
H2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	310
H3. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	312
I. Խնդրել մեզ շարունակել ապահովագրել որոշակի բժշկական ծառայություններ	313
I1. Նախնական ծանուցում նախքան Ձեր ապահովագրության ավարտը	314
I2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	314
I3. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը	316
J. Ձեր բողոքարկումը 2-րդ մակարդակից դուրս	317
J1. Հաջորդ քայլերը Medicare-ի ծառայությունների և պարագաների համար	317
J2. Լրացուցիչ Medi-Cal-ի բողոքարկումներ	319
J3. Բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակները՝ Medicare Մաս D-ի դեղերի հայտերի համար	320
K. Ինչպես բողոք ներկայացնել	321
K1. Ինչ տեսակի խնդիրների վերաբերյալ պետք է լինեն գանգատները	321
K2. Ներքին գանգատներ	324
K3. Արտաքին գանգատներ	326



A. Ինչ անել, եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք

Այս գլուխը բացատրում է, թե ինչպես կարգավորել խնդիրները և մտահոգությունները: Գործընթացը, որից Դուք օգտվում եք, կախված է Ձեր ունեցած խնդրի տեսակից: Օգտագործեք առանձին գործընթաց **ապահովագրական որոշումների և բողոքարկումների համար** և մեկ այլ գործընթաց **զանգաստներ ներկայացնելու համար** (նաև կոչվում են բողոքներ):

Արդարություն և արագություն ապահովելու համար յուրաքանչյուր գործընթաց ունի մի շարք կանոններ, ընթացակարգեր և ժամկետներ, որոնց մենք և Դուք պետք է հետևենք:

A1. Իրավաբանական տերմինների մասին

Այս գլխում կան իրավաբանական տերմիններ որոշ կանոնների և վերջնաժամկետների համար: Այս տերմիններից շատերը կարող են դժվար հասկանալի լինել, այնպես որ մենք օգտագործում ենք ավելի պարզ բառեր որոշակի իրավաբանական տերմինների փոխարեն, այնտեղ որտեղ կարող ենք: Մենք հնարավորինս քիչ ենք օգտագործում հապավումներ:

Օրինակ, մենք ասում ենք.

- «Գանգատ ներկայացնել»՝ «բողոք ներկայացնելու» փոխարեն
- «Ապահովագրական որոշում»՝ «կազմակերպության վճռի», «նպաստի վճռի», «ռիսկի վճռի» կամ «ապահովագրական վճռի» փոխարեն:
- «Արագ ապահովագրական որոշում»՝ «արագացված վճռի» փոխարեն
- «Անկախ վերանայման կազմակերպություն» (IRO)՝ «Անկախ վերանայման մարմնի» (IRE) փոխարեն

Ճիշտ իրավաբանական տերմինների իմացությունը կարող է օգնել Ձեզ ավելի հստակ հաղորդակցվել, ուստի մենք տրամադրում ենք նաև դրանք:

B. Որտեղ օգնություն ստանալ

B1. Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար

Երբեմն շփոթեցնող է խնդրի լուծման գործընթաց սկսելը կամ հետևելը: Սա կարող է հասկանալի չլինել, եթե Դուք լավ չեք զգում կամ ունեք սահմանափակ էներգիա: Այլ դեպքերում, Դուք կարող եք չունենալ այն տեղեկատվությունը, որն անհրաժեշտ է հաջորդ քայլն անելու համար:

Օգնություն մեր ծրագրից

Դուք կարող եք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով (PT), շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է խնդրի լուծման կամ հարցերի պատասխանելու համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Օգնություն Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագրից

Կարող եք զանգահարել Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով: Կարող եք նաև այցելել նրանց կայքը՝ https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել Ձեր հարցերին և օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ անել Ձեր խնդիրը լուծելու համար: HICAP-ը կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, և նրանց ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222:

Օգնություն Medicare Medi-Cal Ombudsman Program-ից

Դուք կարող եք զանգահարել Medicare Medi-Cal Ombudsman Program և խոսել փաստաբանի հետ Ձեր առողջական ապահովագրության հարցերի մասին: Նրանք կարող են առաջարկել անվճար իրավաբանական օգնություն: Ombudsman Program-ը կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Նրանց հեռախոսահամարն է 1-855-501-3077, իսկ կայքը՝ www.healthconsumer.org:

Օգնություն և տեղեկատվություն Medicare-ից

Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար կարող եք կապվել Medicare-ի հետ: Ահա Medicare-ից օգնություն ստանալու երկու եղանակ.

- Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:
- Այցելեք Medicare-ի կայքը (www.medicare.gov):

Օգնություն California-ի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժնից

California-ի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժնի (DHCS) Medi-Cal-ի Կառավարվող խնամքի Օմբուդսմենը կարող է օգնել: Նրանք կարող են օգնել, եթե դժվարություն ունեք միանալու, փոխելու կամ հեռանալու առողջապահական ծրագրից: Նրանք նաև կարող են օգնել, եթե տեղափոխվել եք և դժվարություն ունեք Ձեր Medi-Cal-ը Ձեր նոր վարչաշրջան փոխանցելու առնչությամբ: Օմբուդսմենին կարող եք զանգահարել երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00, 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով:

Օգնություն California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնից

Անվճար օգնության համար դիմեք California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնի (DMHC): DMHC-ն պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի վերահսկման համար: DMHC-ն օգնում է մարդկանց Medi-Cal-ի ծառայությունների կամ հաշիվներին առնչվող

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



խնդիրների վերաբերյալ բողոքարկումների դեպքում: Հեռախոսահամարն է՝ 1-888-466-2219:
Այն անհատները, ովքեր խուլ են, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեն, կարող են օգտվել
անվճար TDD համարից՝ 1-877-688-9891: Կարող եք նաև այցելել DMHC-ի կայքը՝
www.dmhca.gov:

California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժինը պատասխանատու է առողջական
խնամքի սպասարկման ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե Ձեր առողջապահական
ծրագրի դեմ բողոք ունեք, ապա, նախքան բաժին դիմելը, պետք է զանգահարեք Ձեր
առողջապահական ծրագրի՝ **1-800-452-4413 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով և օգտագործեք
Ձեր առողջապահական ծրագրի բողոքի գործընթացը: Բողոքի այս գործընթացից օգտվելը չի
արգելի որևէ հնարավոր օրինական իրավունք կամ միջոց, որը կարող է հասանելի լինել Ձեզ:
Շտապ օգնության հետ կապված բողոքի, Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից
անբավարար լուծում ստացած բողոքի կամ 30 օրվա ժամկետում չլուծված բողոքի դեպքում
օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել բաժին: Կարող եք նաև դիմել Անկախ
բժշկական վերանայման (IMR) համար: Եթե համապատասխանում եք IMR-ի համար դիմելու
պայմանին, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռի առողջապահական ծրագրի կողմից
կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն՝ առաջարկված
ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձնական կամ
հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև արտակարգ
իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի
առնչությամբ: Բաժինը նաև ունի անվճար հեռախոսահամար **(1-888-466-2219)** և TDD
հեռախոսագիծ **(1-877-688-9891)**, որը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի
դժվարություններ ունեցող անձանց համար: Բաժնի ինտերնետային կայքը՝ www.dmhca.gov,
պարունակում է բողոքների ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

C. Հասկանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի զանգաստները և բողոքարկումները մեր ծրագրում

Դուք ունեք Medicare և Medi-Cal: Այս գլխի տեղեկատվությունը վերաբերում է Medicare-ի
և Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքի Ձեր բոլոր նպաստներին: Սա երբեմն կոչվում է
«ինտեգրված գործընթաց», քանի որ այն համատեղում կամ ինտեգրում է Medicare և Medi-Cal
գործընթացները:

Երբեմն Medicare-ի և Medi-Cal-ի գործընթացները հնարավոր չէ համատեղել: Այդ
իրավիճակներում Դուք օգտվում եք մի գործընթացից Medicare-ի նպաստի համար, և մեկ այլ
գործընթացից՝ Medi-Cal նպաստի համար: **Բաժին F4-ը** բացատրում է այս իրավիճակները:



D. Ձեր նպաստներին առնչվող խնդիրներ

Եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, կարդացեք այս գլխի այն հատվածները, որոնք վերաբերում են Ձեր իրավիճակին: Հետևյալ աղյուսակը կօգնի Ձեզ գտնել այս գլխի ճիշտ բաժինը խնդիրների կամ գանգատների համար:

Արդյո՞ք Ձեր խնդիրը կամ մտահոգությունը Ձեր նպաստների կամ ապահովագրությանն է առնչվում:	
Սա ներառում է խնդիրներ այն մասին, թե արդյոք որոշակի բժշկական խնամքը (բժշկական պարագաներ, ծառայություններ և/կամ Մաս B դեղեր) ապահովագրվում է, թե ոչ, ինչպես են դրանք ապահովագրվում, և խնդիրներ բժշկական խնամքի համար վճարման վերաբերյալ:	
Այո: Իմ խնդիրը վերաբերում է նպաստներին կամ ապահովագրությանը: Ուսումնասիրեք Բաժին E-ն ՝ «Ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ»:	Ոչ: Իմ խնդիրը չի վերաբերում նպաստներին կամ ապահովագրությանը: Ուսումնասիրեք Բաժին K-ն ՝ «Ինչպես գանգատ ներկայացնել»:

E. Ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ

Ապահովագրական որոշում խնդրելու և բողոքարկում ներկայացնելու գործընթացը վերաբերում է Ձեր բժշկական խնամքի նպաստներին և ապահովագրության (ծառայություններ, պարագաներ և Մաս B դեղեր, ներառյալ վճարումը) հետ կապված խնդիրներին: Ամեն ինչ հեշտացնելու համար մենք սովորաբար նկարագրում ենք բժշկական պարագաները, ծառայությունները և Մաս B-ի դեղերը որպես բժշկական խնամք: Դուք օգտագործում եք ապահովագրական որոշումը և բողոքարկման գործընթացը այնպիսի հարցերի համար, ինչպիսիք են՝ ինչ-որ բան ապահովագրված է, թե ոչ, և ինչպես է ինչ-որ բան ապահովագրված:

E1. Ապահովագրական որոշումներ

Ապահովագրական որոշումն այն որոշումն է, որը մենք կայացնում ենք Ձեր նպաստների և ապահովագրության կամ այնգումարի վերաբերյալ, որը մենք կվճարենք Ձեր բժշկական ծառայությունների և դեղերի համար: Դուք կամ Ձեր բժիշկը նույնպես կարող եք ապահովագրական որոշում խնդրել: Դուք կամ Ձեր բժիշկը կարող եք վստահ չլինել, թե արդյոք մենք ապահովագրում ենք կոնկրետ բժշկական ծառայություն, թե մենք կարող ենք



հրաժարվել բժշկական օգնություն տրամադրելուց, որը Դուք կարծում եք, որ Ձեզ անհրաժեշտ է: **Եթե ցանկանում եք իմանալ, թե արդյոք մենք ապահովագրելու ենք բժշկական ծառայությունը նախքան այն ստանալը, կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրական որոշում կայացնել Ձեզ համար:**

Մենք ապահովագրական որոշում ենք կայացնում, երբ վերանայում ենք ծառայության խնդրանքը կամ հայցը: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք որոշել, որ ծառայությունը կամ դեղը ապահովագրված չէ կամ այլևս ապահովագրված չէ Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից: Եթե համաձայն չեք այս ապահովագրական որոշման հետ, կարող եք բողոքարկում ներկայացնել:

E2. Բողոքարկումներ

Եթե մենք ապահովագրական որոշում կայացնենք, և Դուք բավարարված չլինեք այդ որոշումից, ապա կարող եք «բողոքարկել» որոշումը: Բողոքարկումը պաշտոնական եղանակ է՝ մեզանից պահանջելու համար վերանայել և փոխել մեր կողմից ընդունված ապահովագրական որոշումը:

Երբ առաջին անգամ եք բողոքարկում որոշումը, դա կոչվում է 1-ին մակարդակի բողոքարկում: Այս բողոքարկմանը մենք վերանայում ենք մեր կողմից ընդունված ապահովագրական որոշումը՝ ստուգելու, թե արդյոք մենք պատշաճ կերպով ենք հետևել բոլոր կանոններին: Բացի սկզբնական անբարենպաստ որոշում կայացնողներից, Ձեր բողոքարկումն ուսումնասիրում են տարբեր վերանայողներ:

Շատ դեպքերում Դուք պետք է սկսեք Ձեր բողոքարկումը 1-ին մակարդակից: Եթե Ձեր առողջական խնդիրը հրատապ է կամ անմիջական և լուրջ վտանգ է ներկայացնում Ձեր առողջությանը, կամ եթե Դուք ուժեղ ցավ ունեք և ավելի արագ որոշման կարիք ունեք, կարող եք IMR բժշկական վերանայում խնդրել Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնից՝ www.dmhca.ca.gov հասցեով: Ուսումնասիրեք **Բաժին F4-ը** լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Երբ մենք ավարտենք վերանայումը, մենք Ձեզ կտանք մեր որոշումը: Որոշակի հանգամանքներում, որոնք բացատրվում են այս գլխի **Բաժին F2-ում**, Դուք կարող եք խնդրել արագացված կամ «արագ ապահովագրական որոշում» կամ «արագ բողոքարկում» ապահովագրական որոշման համար:

Եթե մենք «Ոչ» ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե Ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի բժշկական խնամքի ապահովագրությանը, նամակը Ձեզ կտեղեկացնի, որ մենք Ձեր գործն ուղարկել ենք Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO)՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: Եթե Ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare Մաս D-ի կամ Medicaid ծառայության կամ պարագայի ապահովագրմանը, նամակը կտեղեկացնի Ձեզ, թե ինչպես ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք: 2-րդ մակարդակի բողոքարկումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես **Բաժին F4-ը**:

Եթե Ձեզ չի բավարարում 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումը, կարող եք բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների անցնել:



E3. Օգնություն ապահովագրական որոշումների և բողոքարկումների հարցում

Դուք կարող եք օգնություն խնդրել հետևյալից որևէ մեկից.

- **Հաճախորդների սպասարկման բաժնի** էջի ներքևի մասում գտնվող հեռախոսահամարներով:
- **Medicare Medi-Cal Ombudsman Program` 1-855-501-3077:**
- **Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)` 1-800-434-0222:**
- Անվճար օգնության համար դիմեք **Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնի (DMHC) օգնության կենտրոն:** DMHC-ն օգնում է մարդկանց Medi-Cal-ի ծառայությունների կամ վճարման հետ կապված խնդիրների վերաբերյալ բողոքարկումների դեպքում: Հեռախոսահամարն է` 1-888-466-2219: Այն անհատները, ովքեր խուլ են, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեն, կարող են օգտվել անվճար TDD համարից` 1-877-688-9891: Կարող եք նաև այցելել DMHC-ի կայքը` www.dmhc.ca.gov: Մինչ DMHC-ը կարող է օգնել մարդկանց կառավարվող Medi-Cal ծրագրերում, այն չի կարող օգնել մարդկանց միայն Medicare-ի ծրագրերում և հետևյալ Վարչաշրջանի կազմակերպված առողջապահական համակարգերում (COHS) Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health և CalOptima: Դաշնային կառավարությունը կարգավորում է Medicare-ի ծրագրերը, իսկ Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժինը կարգավորում է COHS ծրագրերը:
- **Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար:** Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարարը կարող է Ձեր անունից ապահովագրական որոշում կամ բողոքարկում խնդրել:
- **Ընկեր կամ ընտանիքի անդամ:** Դուք կարող եք նշել մեկ այլ անձի, ով կգործի Ձեր փոխարեն որպես Ձեր «ներկայացուցիչ» և կխնդրի ապահովագրական որոշում կամ բողոքարկում ներկայացնել:
- **Իրավաբան:** Դուք իրավունք ունեք փաստաբան ունենալու, բայց **Ձեզանից չի պահանջվում ունենալ փաստաբան** ապահովագրական որոշում պահանջելու կամ բողոքարկում ներկայացնելու համար:
 - Զանգահարեք Ձեր անձնական փաստաբանին կամ ձեռք բերեք փաստաբանի անունը տեղական փաստաբանների ասոցիացիայից կամ ուղղորդող այլ ծառայությունից: Որոշ իրավաբանական խմբեր Ձեզ կտրամադրեն անվճար իրավաբանական ծառայություններ, եթե Դուք համապատասխանեք:
 - Խնդրեք իրավաբանական օգնություն տրամադրող փաստաբան Medicare Medi-Cal Ombudsman ծրագրից` 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:



Լրացրեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթը, եթե ցանկանում եք, որ փաստաբանը կամ մեկ ուրիշը հանդես գա որպես Ձեր ներկայացուցիչ: Ձևաթուղթը թույլ է տալիս այլ անձին գործել Ձեր անունից:

Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով և խնդրեք «Ներկայացուցչի նշանակման» ձևաթուղթը: Ձևաթուղթը կարող եք նաև ստանալ՝ այցելելով www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf: **Դուք պետք է մեզ տրամադրեք ստորագրված ձևաթղթի պատճենը:**

E4. Այս գլխի որ բաժինը կարող է օգնել Ձեզ

Կան չորս իրավիճակներ, որոնք ներառում են ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ: Յուրաքանչյուր իրավիճակ ունի տարբեր կանոններ և վերջնաժամկետներ: Այս գլխի առանձին բաժնում մենք տալիս ենք մանրամասներ յուրաքանչյուրի համար: Տեսեք այն բաժինը, որը կիրառելի է՝

- **Բաժին F**, «Բժշկական խնամք»
- **Բաժին G**, «Medicare Մաս D դեղեր»
- **Բաժին H**, «Խնդրել մեզ ապահովագրել հիվանդանոցում ավելի երկար մնալը»
- **Բաժին I**, «Խնդրել մեզ շարունակել ապահովագրել որոշակի բժշկական ծառայություններ» (Այս բաժինը վերաբերում է միայն հետևյալ ծառայություններին՝ տանը մատուցվող առողջական խնամք, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամք և Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնման հաստատության (CORF) ծառայություններ:

Եթե վստահ չեք, թե որ բաժնից օգտվել, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Կարող եք նաև ստանալ օգնություն կամ տեղեկատվություն կառավարական կազմակերպություններից, օրինակ՝ Նահանգային առողջապահական ապահովագրության աջակցության ծրագրից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Գլուխ 2-ի Բաժին C-ն**:

F. Բժշկական խնամք

Այս բաժինը բացատրում է, թե ինչ անել, եթե բժշկական օգնության համար ապահովագրություն ստանալու հետ կապված խնդիրներ ունեք, կամ եթե ցանկանում եք, որ մենք Ձեզ փոխհատուցենք Ձեր խնամքի ծախսերի մեր բաժինը: Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալ խնդրելու մասին տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին H-ը**:

Այս բաժինը վերաբերում է Ձեր բժշկական խնամքի նպաստներին, որոնք նկարագրված են այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխ 4-ում**՝ նպաստների աղյուսակում: Որոշ դեպքերում տարբեր կանոններ կարող են կիրառվել Medicare Մաս B դեղերի նկատմամբ: Այդ դեպքում մենք բացատրում ենք, թե ինչպես են Medicare Մաս B դեղերի կանոնները տարբերվում բժշկական ծառայությունների և պարագաների կանոններից:

F1. Այս բաժնից օգտվելը

Այս բաժինը բացատրում է, թե ինչ կարող եք անել հետևյալ իրավիճակներից որևէ մեկում.

1. Դուք կարծում եք, որ մենք ապահովագրում ենք Ձեզ անհրաժեշտ բժշկական խնամքը, որը սակայն չեք ստանում:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրական որոշում կայացնել: Տե՛ս **Բաժին F2-ը**:

2. Մենք չենք հաստատել այն բժշկական խնամքը, որը Ձեր բժիշկը կամ այլ առողջական խնամքի մատակարարը ցանկանում է տրամադրել Ձեզ, իսկ Դուք կարծում եք, որ մենք պետք է դա անենք:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Տե՛ս **Բաժին F3-ը**:

3. Դուք ստացել եք բժշկական խնամք, որը կարծում եք, որ մենք ապահովագրում ենք, բայց մենք չենք վճարելու:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր չվճարելու որոշումը: Տե՛ս **Բաժին F5-ը**:

4. Դուք ստացել և վճարել եք բժշկական խնամքի համար, որը կարծում էիք, որ մենք ապահովագրում ենք, և ցանկանում եք, որ մենք Ձեզ հետ վճարենք:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել Ձեզ: Տե՛ս **Բաժին F5-ը**:

5. Մենք կրճատել կամ դադարեցրել ենք Ձեր ապահովագրությունը որոշակի բժշկական խնամքի համար, բայց Դուք կարծում եք, որ մեր որոշումը կարող է վնասել Ձեր առողջությանը:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր՝ բժշկական խնամքը կրճատելու կամ դադարեցնելու որոշումը: Տե՛ս **Բաժին F4-ը**:

- Եթե ապահովագրությունը հիվանդանոցային խնամքի, տնային առողջապահական խնամքի, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամքի կամ CORF ծառայությունների համար է, կիրառվում են հատուկ կանոններ: Տե՛ս **Բաժին H-ը** կամ **Բաժին I-ը**՝ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Բոլոր այլ իրավիճակների համար, որոնք կապված են որոշակի բժշկական օգնության համար Ձեր ապահովագրության կրճատման կամ դադարեցման հետ, օգտագործեք այս բաժինը (**Բաժին F**)՝ որպես Ձեր ուղեցույց:

6. Դուք խնամքի հետաձգում եք ակնկալում կամ չեք կարողանում բժիշկ գտնել:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել: Տե՛ս **Բաժին K2-ը**:

F2. Ապահովագրական որոշում խնդրելը

Երբ ապահովագրական որոշումը ներառում է Ձեր բժշկական խնամքը, այն կոչվում է **«կազմակերպության ինտեգրված որոշում»**:

Դուք, Ձեր բժիշկը կամ Ձեր ներկայացուցիչը կարող եմեզանից խնդրել ապահովագրական որոշում՝

- զանգահարելով 1-800-452-4413, TTY՝ 711:
- ֆաքս ուղարկելով՝ 877-251-6671:
- գրավոր՝

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan,
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

Ստանդարտ ապահովագրական որոշում

Երբ մենք Ձեզ տալիս ենք մեր որոշումը, մենք օգտագործում ենք «ստանդարտ» ժամկետները, եթե մենք համաձայն չենք օգտագործել «արագ» ժամկետները: Ստանդարտ ապահովագրականորոշումը նշանակում է մենք Ձեզ պատասխան ենք տալիս:

- **Հինգ աշխատանքային օր** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Ձեր խնդրանքը բժշկական ծառայության կամ պարագայի համար, որը ենթակա է մեր նախօրոք լիազորման կանոններին:
- **Հինգ աշխատանքային օր**, և ոչ ուշ, քան **14 օրացուցային օր** Ձեր հարցումը բոլոր այլ բժշկական ծառայությունների կամ պարագաների համար ստանալուց հետո:
- **72 ժամ** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Ձեր խնդրանքը **Medicare Մաս B** դեղի համար:

Բժշկական պարագայի կամ ծառայության համար մենք կարող ենք պահանջել մինչև 14 օրացուցային օր, եթե մենք ավելի շատ ժամանակ ենք խնդրում կամ եթե մեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք կարող են օգտակար լինել Ձեզ (օրինակ՝ արտացանցային մատակարարների բժշկական արձանագրությունները): Եթե որոշում կայացնելու համար լրացուցիչ օր պահանջենք, մենք Ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք: **Մենք չենք կարող լրացուցիչ օր պահանջել, եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Մաս B դեղերին:**



Եթե կարծում եք, որ մենք **չպետք է** լրացուցիչ օրեր պահանջենք, կարող եք «արագ գանգատ» ներկայացնել լրացուցիչ օրեր տրամադրելու մեր որոշման վերաբերյալ: Երբ Դուք արագ գանգատ եք ներկայացնում, մենք Ձեզ պատասխան ենք տալիս Ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում: Գանգատ ներկայացնելու գործընթացը տարբերվում է ապահովագրական որոշումների և բողոքարկումների գործընթացից: Գանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ արագ գանգատ, տե՛ս **Բաժին K-ն**:

Արագ ապահովագրական որոշում

Արագ ապահովագրական որոշման իրավաբանական տերմինն է **արագացված վճիռ**:

Երբ Դուք խնդրում եք մեզ ապահովագրական որոշում կայացնել Ձեր բժշկական խնամքի վերաբերյալ, որը պահանջում է արագ արձագանք, խնդրեք մեզ կայացնել «արագ ապահովագրական որոշում»: Արագ ապահովագրական որոշումը նշանակում է, որ մենք Ձեզ պատասխան կտրամադրենք հետևյալի սահմաններում.

- **72 ժամ** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Ձեր խնդրանքը **բժշկական ծառայության կամ պարագայի համար**:
- **24 ժամ** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Ձեր խնդրանքը **Medicare Մաս B դեղի համար**:

Բժշկական պարագայի կամ ծառայության համար մենք կարող ենք պահանջել մինչև 14 օրացուցային օր ավելի, եթե մենք գտնենք տեղեկատվություն, որը կարող է օգտակար լինել Ձեզ, որը բացակայում է (օրինակ՝ բժշկական արձանագրություններ արտացանցային մատակարարներից) կամ եթե Ձեզ ժամանակ է անհրաժեշտ վերանայման համար մեզ տեղեկատվություն ստանալու համար: Եթե որոշում կայացնելու համար լրացուցիչ օր պահանջենք, մենք Ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք: **Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ հատկացնել, եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Մաս B դեղերին**:

Եթե կարծում եք, որ մենք **չպետք է** լրացուցիչ օրեր պահանջենք ապահովագրական որոշում կայացնելու համար, կարող եք «արագ գանգատ» ներկայացնել լրացուցիչ օրեր տրամադրելու մեր որոշման վերաբերյալ: Բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ արագ բողոքը, տե՛ս **Բաժին K-ն**: Մենք Ձեզ կգանգազենք որոշումը կայացնելուն պես:

Արագ ապահովագրական որոշումը ստանալու համար Դուք պետք է բավարարեք երկու պահանջների.

- Դուք ապահովագրություն եք խնդրում բժշկական պարագաների և/կամ ծառայությունների համար, որոնք Դուք **չեք ստացել**: Դուք չեք կարող արագ ապահովագրական որոշում խնդրել Ձեր արդեն ստացած պարագաների կամ ծառայությունների դիմաց վճարման վերաբերյալ:



- Ստանդարտ ժամկետների կիրառումը **կարող է լուրջ վնաս հասցնել Ձեր առողջությանը** կամ վնասել Ձեր գործունակությանը:

Մենք ավտոմատ կերպով Ձեզ արագ ապահովագրական որոշում ենք տալիս, եթե Ձեր բժիշկն ասի, որ Ձեր առողջական վիճակը դա պահանջում է: Եթե Դուք հայտ եք ներկայացնում առանց Ձեր բժշկի աջակցության, մենք որոշում ենք, թե արդյոք Դուք արագ ապահովագրական որոշում կարող եք ստանալ:

- Եթե մենք որոշենք, որ Ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում արագ ապահովագրական որոշման պահանջներին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, որով կտեղեկացնենք դրա մասին, և փոխարենը կկիրառենք ստանդարտ ժամկետները: Այս նամակը տեղեկացնում է Ձեզ.
 - Մենք ավտոմատ կերպով Ձեզ համար արագ ապահովագրական որոշում ենք կայացնում, եթե Ձեր բժիշկը դա խնդրի:
 - Ինչպես կարող եք «արագ գանգատ» ներկայացնել մեր որոշման դեմ՝ արագ ապահովագրական որոշման փոխարեն Ձեզ ստանդարտ ապահովագրական որոշում կայացնելու մասին: Գանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ արագ գանգատ, տե՛ս **Բաժին K-ն**:

Եթե մենք Ոչ ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք՝ բացատրելով պատճառները:

- Եթե Ոչ ասենք Դուք իրավունք ունեք բողոքարկել: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, բողոքարկումը պաշտոնական միջոց է մեզնից պահանջելու վերանայել մեր որոշումը և փոխել այն:
- Եթե որոշեք բողոքարկել, Դուք կանցնեք բողոքարկման գործընթացի 1-ին մակարդակ (տե՛ս **Բաժին F3**):

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք մերժել ապահովագրական որոշման վերաբերյալ Ձեր հայտը, ինչը նշանակում է, որ մենք չենք վերանայելու հայտը: Օրինակներ, երբ հայտը մերժվելու է, ներառում են.

- եթե հայտը թերի է,
- եթե ինչ-որ մեկը Ձեր անունից հայտ է ներկայացնում, բայց իրավաբանորեն լիազորված չէ դա անելու, **կամ**
- եթե խնդրում եք հետ կանչել Ձեր հայտը:



Եթե մենք մերժենք ապահովագրական որոշման հայտը, մենք Ձեզ ծանուցում կուղարկենք՝ բացատրելով, թե ինչու է հայտը մերժվել և ինչպես խնդրել մերժման վերանայում: Այս վերանայումը կոչվում է բողոքարկում: Բողոքարկումները քննարկվում են հաջորդ բաժնում:

F3. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

Բողոքարկում սկսելու համար՝ կապված մերժված ծառայության կամ պարագայի հետ, կամ շարունակելու ծառայությունը կամ պարագան, որն արդեն ստանում եք, Դուք, Ձեր բժիշկը կամ Ձեր լիազորված ներկայացուցիչը պետք է կապվեք մեզ հետ: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711):

Խնդրեք ստանդարտ բողոքարկում կամ արագ բողոքարկում գրավոր կամ զանգահարելով մեզ՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711):

- Եթե Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար խնդրում է շարունակել ծառայությունը կամ պարագան, որը Դուք արդեն ստանում եք Ձեր բողոքարկման ընթացքում, Դուք կարող եք նրանց ներկայացնել որպես Ձեր ներկայացուցիչ՝ Ձեր անունից հանդես գալու համար:
- Եթե որևէ մեկը, բացի Ձեր բժշկից, բողոքարկում է Ձեր փոխարեն, ներառեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթ, որը լիազորում է այդ անձին ներկայացնել ձեզ: Ձևաթուղթը կարող եք նաև ստանալ՝ այցելելով www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf:
- Մենք կարող ենք ընդունել բողոքարկման հայտն առանց ձևաթղթի, բայց մենք չենք կարող սկսել կամ ավարտել մեր վերանայումը, մինչև չստանանք այն: Եթե մենք չստանանք ձևաթուղթը մինչև Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ որոշում կայացնելու մեր վերջնաժամկետը.
 - Մենք կմերժենք Ձեր խնդրանքը, և
 - Ձեզ գրավոր ծանուցում կուղարկենք՝ բացատրելով Ձեր իրավունքը՝ խնդրելու IRO-ին վերանայել Ձեր բողոքարկումը մերժելու մեր որոշումը:
- Դուք պետք խնդրեք բողոքարկումը մեր կողմից մեր որոշումը բացատրող նամակն ուղարկելու ամսաթվին հաջորդող 65 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե Դուք բաց թողնեք վերջնաժամկետը և հարգելի պատճառ ունենաք այն բաց թողնելու համար, մենք կարող ենք Ձեզ ավելի շատ ժամանակ տրամադրել Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելու համար: Հարգելի պատճառների օրինակներ են այնպիսի բաներ, ինչպիսիք են, օրինակ՝ Դուք լուրջ հիվանդություն եք ունեցել կամ մենք Ձեզ սխալ տեղեկատվություն ենք տվել վերջնաժամկետի վերաբերյալ: Բացատրեք, թե ինչու է Ձեր բողոքարկումն ուշանում, երբ բողոքարկում եք:

- Դուք իրավունք ունեք մեզնից պահանջել Ձեր բողոքարկման մասին տեղեկատվության անվճար պատճենը: Դուք և Ձեր բժիշկը կարող եք նաև մեզ ավելի շատ տեղեկություններ տրամադրել՝ Ձեր բողոքարկմանն աջակցելու համար:

Եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է, խնդրեք արագ բողոքարկում:

«Արագ բողոքարկման» իրավական տերմինը **«արագացված վերանայում» է:**

- Եթե Դուք բողոքարկում եք խնամքի ապահովագրության վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը, Դուք և/կամ Ձեր բժիշկը կարող եք արագ բողոքարկում խնդրել:

Մենք ավտոմատ կերպով Ձեզ արագ բողոքարկում կտրամադրենք, եթե Ձեր բժիշկն ասի, որ Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է: Եթե Դուք հայտ ներկայացնեք առանց Ձեր բժշկի աջակցության, մենք կորոշենք, թե արդյոք Դուք արագ բողոքարկում կարող եք ստանալ:

- Եթե մենք որոշենք, որ Ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում արագ բողոքարկման պահանջներին, մենք Ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որտեղ այդ մասին կտեղեկացնենք և փոխարենը կկիրառենք ստանդարտ ժամկետները: Այս նամակը տեղեկացնում է Ձեզ.
 - Մենք ավտոմատ կերպով Ձեզ համար արագ բողոքարկում կապահովենք, եթե Ձեր բժիշկը դա խնդրի:
 - Ինչպես կարող եք «արագ գանգատ» ներկայացնել մեր որոշման դեմ՝ արագ բողոքարկման փոխարեն Ձեզ ստանդարտ բողոքարկում ապահովելու մասին: Գանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ներառյալ արագ գանգատ, տե՛ս **Բաժին K-ն**:

Եթե մենք Ձեզ տեղեկացնենք, որ դադարեցնում կամ կրճատում ենք ծառայությունները կամ պարագաները, որոնք Դուք արդեն ստանում եք, Դուք կարող եք շարունակել այդ ծառայությունները կամ պարագաները ստանալ Ձեր բողոքարկման ընթացքում:

- Եթե մենք որոշենք փոխել կամ դադարեցնել Ձեր ստացած ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությունը, մենք Ձեզ ծանուցում կուղարկենք նախքան որևէ գործողություն ձեռնարկելը:
- Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:
- Մենք կշարունակենք ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությունը, եթե Դուք խնդրեք 1-ին մակարդակի բողոքարկում մեր նամակում նշված ամսաթվից տասը օրացուցային օրվա ընթացքում կամ գործողության ուժի մեջ մտնելու նախատեսվող ամսաթվից, որն ավելի ուշ լինի:



- Եթե Դուք այս վերջնաժամկետը չխախտեք, Դուք կստանաք ծառայությունը կամ պարագան առանց փոփոխության, քանի դեռ Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը քննվում է:
- Դուք նաև կստանաք բոլոր մյուս ծառայությունները կամ պարագաները (որոնք Ձեր բողոքարկման առարկան չեն) առանց փոփոխության:
- Եթե Դուք չբողոքարկեք մինչև այս ժամկետները, ապա Ձեր ծառայությունը կամ պարագան չի շարունակվի, քանի դեռ սպասում եք Ձեր բողոքարկման որոշմանը:

Մենք կքննենք Ձեր բողոքը և կտանք մեր պատասխանը:

- Երբ մենք վերանայենք Ձեր բողոքարկումը, մենք ևս մեկ անգամ ուշադիր կուսումնասիրենք բժշկական խնամքի փոխհատուցման Ձեր հայտի վերաբերյալ բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք կստուգենք, թե արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ Ոչ ասացինք Ձեր խնդրանքին:
- Մենք լրացուցիչ տեղեկություններ կհավաքենք, եթե դրա կարիքն ունենանք: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար մենք կարող ենք կապվել Ձեր կամ Ձեր բժշկի հետ:

Արագ բողոքարկման վերջնաժամկետներ կան:

- Երբ մենք օգտագործում ենք արագ ժամկետները, մենք պետք է Ձեզ պատասխան տանք **Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում, կամ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջությունը պահանջում է ավելի արագ արձագանք**: Եթե մենք մերժենք արագ բողոքարկումը, մենք Ձեզ, Ձեր բժշկին, դեղատոմս նշանակողին կամ ներկայացուցչին մերժման բանավոր հաստատում կտանք:
 - Եթե մենք Ձեզ չպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում, ապա մենք պետք է Ձեր հարցումն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: IRO-ն այնուհետև կվերանայի այն: IRO-ն Ձեզ գրավոր կտեղեկացնի, երբ ստանա Ձեր բողոքարկումը: Այս գլխում այնուհետև մենք Ձեզ կպատմենք այս կազմակերպության մասին և կբացատրենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը: Եթե Ձեր խնդիրը կապված է Medicaid ծառայության կամ պարագայի ապահովագրման հետ, Դուք կարող եք 2-րդ մակարդակի Նահանգային լսման հայտ ներկայացնել նահանգին, երբ որ ժամանակը սպառվի: California-ում Նահանգային լսումը կոչվում է Նահանգային լսում: Նահանգային լսման դիմելու համար ուսումնասիրեք **Բաժին F4-ը**, եթե կիրառելի է:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY` 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare):



- **Եթե մենք «Այո» ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասին կամ ամբողջին,** մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք ապահովագրությունը, որը մենք համաձայնել ենք տրամադրել Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում, կամ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է:
- **Եթե մենք Ոչ ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասին կամ ամբողջին,** մենք Ձեր բողոքարկումը կուղարկենք IRO՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:

Ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետներ կան:

- Երբ մենք օգտագործում ենք ստանդարտ ժամկետները, մենք պետք է Ձեզ պատասխան տանք չստացված ծառայությունների համար ապահովագրության Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **30 ժամվա ընթացքում:**
- Եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Մաս B դեղորայքին, որը Դուք չեք ստացել, մենք Ձեզ պետք է պատասխանենք **յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում՝** Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո կամ ավելի շուտ, եթե Ձեր առողջական խնդիրը պահանջում է:
 - Եթե մենք Ձեզ չպատասխանենք մինչև վերջնաժամկետի ավարտը, մենք պետք է Ձեր հարցումն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: IRO-ն այնուհետև կվերանայի այն: Այս գլխի **Բաժին F4-ում** մենք Ձեզ կպատմենք այս կազմակերպության մասին և կբացատրենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը: Եթե Ձեր խնդիրը կապված է Medicaid ծառայության կամ պարագայի ապահովագրման հետ, Դուք կարող եք 2-րդ մակարդակի Նահանգային լսման հայտ ներկայացնել նահանգին, երբ որ ժամանակը սպառվի: California-ում Նահանգային լսումը կոչվում է Նահանգային լսում: Նահանգային լսման դիմելու համար ուսումնասիրեք **Բաժին F4-ը**, եթե կիրառելի է:

Եթե մենք «Այո» ասենք Ձեր հարցման մի մասին կամ դրան ամբողջությամբ, մենք պետք է հաստատենք կամ տրամադրենք այն ապահովագրությունը, որը մենք համաձայնել ենք տրամադրել Ձեր բողոքարկման հայտը ստանալու օրվանից 30 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ ըստ Ձեր առողջական վիճակի, և այն օրվանից 72 ժամվա ընթացքում, երբ մենք փոխում ենք մեր որոշումը, կամ յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում, երբ մենք ստացել ենք Ձեր բողոքարկումը, եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Մաս B դեղերին:

Եթե մենք **Ոչ ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասին կամ ամբողջին, Դուք լրացուցիչ բողոքարկման իրավունք կունենաք.**

- Եթե մենք **Ոչ ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասին կամ ամբողջին,** մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք:



- Եթե Ձեր խնդիրն առնչվում է Medicare ծառայության կամ պարագայի ապահովագրմանը, նամակը Ձեզ տեղեկություններ կտրամադրի, որ մենք Ձեր գործն ուղարկել ենք IRO՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:
- Եթե Ձեր խնդիրն առնչվում է Medi-Cal ծառայությանը կամ պարագայի ապահովագրությանը, նամակը Ձեզ կհուշի, թե ինչպես ինքնուրույն 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:

F4. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

Եթե մենք Ոչ ասենք Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք: Այս նամակը Ձեզ կտեղեկացնի, թե արդյոք Medicare, Medi-Cal կամ երկու ծրագրերը միասին՝ սովորաբար ապահովագրում են ծառայությունը կամ պարագան:

- Եթե Ձեր խնդիրն առնչվի ծառայությանը կամ պարագային, որը **Medicare-ը** սովորաբար ապահովագրում է, մենք Ձեր գործն ավտոմատ կերպով կուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ, հենց որ 1-ին մակարդակի բողոքարկումն ավարտվի:
- Եթե Ձեր խնդիրն առնչվում է ծառայությանը կամ պարագային, որը **Medi-Cal-ը** սովորաբար ապահովագրում է, կարող եք ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել: Այս նամակը տեղեկացնում է Ձեզ, թե ինչպես դա անել: Մենք նաև լրացուցիչ տեղեկություններ կներառենք այս գլխում:
- Եթե Ձեր խնդիրն առնչվում է ծառայությանը կամ պարագային, որը **և՛ Medicare-ը, և՛ Medi-Cal-ը** կարող են ապահովագրել, Դուք ավտոմատ կերպով ստանում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում IRO-ի միջոցով: Բացի 2-րդ մակարդակի ավտոմատ բողոքարկման, Դուք կարող եք նաև Նահանգային լսում և Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել նահանգից: Մակայն, Անկախ բժշկական վերանայումը հասանելի չէ, եթե Դուք արդեն ապացույցներ եք ներկայացրել Նահանգային լսման ժամանակ:

Եթե Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը ներկայացնելիս Դուք որակավորվել եք նպաստները շարունակելու համար, ապա բողոքարկվող ծառայության, ապրանքի կամ դեղի Ձեր նպաստները կարող են շարունակվել նաև 2-րդ մակարդակի ընթացքում: Ուսումնասիրեք **Բաժին F3-ը**՝ 1-ին մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում Ձեր նպաստները շարունակելու մասին տեղեկությունների համար:

- Եթե Ձեր խնդիրն առնչվում է ծառայությանը, որը սովորաբար ապահովագրվում է միայն Medicare-ի կողմից, ապա այդ ծառայության Ձեր նպաստները չեն շարունակվում IRO-ի միջոցով 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացում:

- Եթե Ձեր խնդիրն առնչվում է ծառայությանը, որը սովորաբար ապահովագրվում է միայն Medi-Cal-ի կողմից, ապա այդ ծառայության Ձեր նպաստները կշարունակվեն, եթե Դուք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք մեր որոշումը ստանալուց հետո տասը օրացուցային օրվա ընթացքում:

Երբ Ձեր խնդիրն առնչվում է ծառայության կամ պարագային, որը սովորաբար ապահովագրում է Medicare-ը

IRO-ն քննում է Ձեր բողոքարկումը: Դա Medicare-ի կողմից վարձված անկախ կազմակերպություն է:

Անկախ վերանայման կազմակերպության (IRO) պաշտոնական անվանումն է **Անկախ վերանայման միավոր**, որը երբեմն կոչվում է **IRE**:

- Այս կազմակերպությունը կապված չէ մեզ հետ և պետական գործակալություն չէ: Medicare-ն ընտրել է ընկերությունը որպես IRO, և Medicare-ը վերահսկում է նրանց աշխատանքը:
- Մենք Ձեր բողոքարկման մասին տեղեկությունները (Ձեր «գործի ֆայլը») ուղարկում ենք այս կազմակերպությանը: Դուք իրավունք ունեք անվճար պատճենել Ձեր գործի ֆայլը:
- Դուք իրավունք ունեք IRO-ին տրամադրել լրացուցիչ տեղեկություններ՝ Ձեր բողոքարկմանը սատարելու համար:
- IRO-ի վերանայողներն ուշադիր կուսումնասիրեն Ձեր բողոքարկմանն առնչվող բոլոր տեղեկությունները:

Եթե Դուք արագ բողոքարկում եք ունեցել 1-ին մակարդակում, Դուք նաև արագ բողոքարկում ունեք 2-րդ մակարդակում:

- Եթե Դուք արագ բողոքարկում եք ունեցել 1-ին մակարդակում մեզ մոտ, Դուք նաև արագ բողոքարկում ունեք 2-րդ մակարդակում: IRO-ն պետք է պատասխան տա Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:

Եթե Դուք ստանդարտ բողոքարկում եք ունեցել 1-ին մակարդակում, Դուք նաև ստանդարտ բողոքարկում ունեք 2-րդ մակարդակում:

- Եթե Դուք ստանդարտ բողոքարկում եք ունեցել 1-ին մակարդակում մեզ մոտ, Դուք նաև ստանդարտ բողոքարկում ունեք 2-րդ մակարդակում:



- Եթե Ձեր խնդրանքն առնչվում է բժշկական ապրանքին կամ ծառայությանը, IRO-ն պետք է Ձեզ պատասխան տա Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **30 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
- Եթե Ձեր խնդրանքը վերաբերում է Medicare Մաս B դեղի, IRO-ն պետք է պատասխանի ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը՝ Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում**:

Եթե IRO-ն Ձեզ պատասխանի գրավոր կեպով և բացատրի պատճառները:

- **Եթե IRO-ն Այո է ասում բժշկական պարագայի կամ ծառայության խնդրանքին մասնակի կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է անհապաղ իրականացնենք որոշումը.**
 - Լիազորել բժշկական խնամքի ապահովագրությունը **72 ժամվա ընթացքում, կամ**
 - Ծառայությունը մատուցել **ստանդարտ հարցումների** վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **հինգ աշխատանքային օրվա ընթացքում, կամ**
 - Ծառայությունը մատուցել **արագացված հայտերի** վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
- **Եթե IRO-ն Այո է ասում Medicare Մաս B դեղամիջոցին մասնակի կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք Medicare Մաս B վիճարկվող դեղը.**
 - **72 ժամվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք IRO-ի որոշումը **ստանդարտ հայտերի վերաբերյալ, կամ**
 - **24 ժամվա ընթացքում** այն ամսաթվից, երբ մենք կստանանք IRO-ի որոշումը **արագացված հայտերի վերաբերյալ:**
- **Եթե IRO-ն Ոչ է ասում Ձեր բողոքարկմանը մասնակի կամ ամբողջությամբ, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք Ձեր խնդրանքը (կամ Ձեր խնդրանքի մի մասը) բժշկական օգնության ապահովագրման համար: Սա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:**
 - Եթե Ձեր գործը համապատասխանում է պահանջներին, Դուք ընտրում եք, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել Ձեր բողոքարկումը:
 - Բողոքարկման գործընթացում 2-րդ մակարդակից հետո կա երեք լրացուցիչ մակարդակ՝ ընդհանուր հինգ մակարդակ:

- Եթե Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը մերժվում է, և Դուք բավարարում եք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջները, Դուք պետք է որոշեք՝ անցնել 3-րդ մակարդակ և երրորդ բողոքարկում կատարել: Մանրամասներն այն մասին, թե ինչպես դա անել, ներկայացված են գրավոր ծանուցման մեջ, որը Դուք ստանում եք Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումից հետո:
- Վարչական իրավունքի դատավորը (ALJ) կամ հաշտարար դատավորը վարում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը: 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների բողոքարկումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին J-ը**:

Երբ Ձեր խնդիրն առնչվում է ծառայությանը կամ պարագային, որը սովորաբար ապահովագրում է Medi-Cal-ը

Medi-Cal-ի ծառայությունների և պարագաների համար 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու երկու եղանակ կա. (1) Ներկայացնել զանգաստ կամ հայցել Անկախ բժշկական վերանայում կամ (2) Նահանգային լսում:

(1) Կառավարվող առողջական խնամքի բաժին (DMHC)

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել կամ դիմել DMHC-ի Օգնության կենտրոնից Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) համար: Բողոք ներկայացնելով՝ DMHC-ը կվերանայի մեր որոշումը: DMHC-ը կկատարի Ձեր բողոքի սեփական հետաքննությունը կամ կորոշի, թե արդյոք գործը համապատասխանում է IMR-ի համար: IMR-ը կարող է հասանելի լինել Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ցանկացած ծառայության կամ պարագայի համար, որը բժշկական բնույթ ունի: IMR-ը Ձեր գործի վերանայումն է բժիշկների կողմից, որոնք մեր ծրագրի կամ DMHC-ի մաս չեն կազմում: Եթե IMR-ը որոշվի Ձեր օգտին, մենք պետք է Ձեզ տրամադրենք Ձեր պահանջած ծառայությունը կամ պարագան: IMR-ն անվճար է Ձեզ համար:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել կամ դիմել IMR-ի համար, եթե մեր ծրագիրը.

- Մերժում, փոխում կամ հետաձգում է Medi-Cal-ի ծառայությունը կամ բուժումը, քանի որ մեր ծրագիրը որոշում է, որ դա բժշկականորեն անհրաժեշտ չէ:
- Չի ապահովագրում Medi-Cal-ի փորձագիտական կամ հետազոտական բուժումը լուրջ առողջական վիճակի համար:
- Վիճարկում է, թե արդյոք վիրաբուժական ծառայությունը կամ ընթացակարգը կոսմետիկ կամ վերականգնողական բնույթ են կրում:
- Չի վճարում շտապ օգնության կամ հրատապ Medi-Cal ծառայությունների համար, որոնք Դուք արդեն ստացել եք:



- Լուծում չի տվել Ձեր՝ Medi-Cal ծառայության վերաբերյալ 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե ստանդարտ բողոքարկում է, կամ 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ այն դեպքում, երբ Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է, եթե արագ բողոքարկում է:

Շատ դեպքերում Դուք պետք է բողոքարկեք մեզ՝ նախքան IMR հայցելը: Մեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին F3-ը**: Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք IMR-ի դիմում/Գանգատի ձևաթուղթ ներկայացնել DMHC-ին:

ՆՇՈՒՄ. Եթե Ձեր մատակարարը բողոքարկում է ներկայացնում Ձեզ համար, բայց մենք չենք ստանում Ձեր «Ներկայացուցչի նշանակման» ձևաթուղթը, Դուք պետք է նորից ներկայացնեք Ձեր բողոքարկումը մեզ մոտ, նախքան 2-րդ մակարդակի IMR-ի համար դիմելը DMHC, եթե Ձեր բողոքարկումը չի ներառում անմիջական և լուրջ սպառնալիք Ձեր առողջությանը, որը ներառում, բայց չի սահմանափակվում ծանր ցավով, կյանքի, վերջույթների կամ օրգանիզմի հիմնական գործառնության հնարավոր կորստով:

Դուք կարող եք խնդրել IMR և նահանգային լսում, բայց Ձեզ չի թույլատրվում դիմել IMR-ի, եթե Դուք արդեն ապացույցներ եք ներկայացրել նույն հարցի վերաբերյալ նահանգային լսումների ժամանակ:

Եթե Ձեր բուժումը մերժվել է, քանի որ այն եղել է փորձնական կամ հետազոտական, Դուք պարտավոր չեք մասնակցել մեր բողոքարկման գործընթացին, նախքան IMR-ի համար դիմելը:

Եթե Ձեր խնդիրը հրատապ է կամ Ձեր առողջությանը սպառնացող անմիջական և լուրջ վտանգ է պարունակում, կամ եթե սուր ցավ եք զգում, կարող եք այն անմիջապես ներկայացնել DMHC-ի ուշադրությանը՝ առանց նախապես մեր բողոքարկման գործընթացն անցնելու:

Դուք պետք է **դիմեք IMR-ի համար վեց ամսվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ մենք Ձեզ գրավոր որոշում կուղարկենք Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ: DMHC-ը կարող է ընդունել Ձեր դիմումը վեց ամիս հետո հարգելի պատճառներով, օրինակ՝ Դուք ունեցել եք բժշկական խնդիր, որը խանգարել է Ձեզ IMR խնդրել վեց ամսվա ընթացքում, կամ Դուք մեզնից պատշաճ ծանուցում չեք ստացել IMR գործընթացի մասին:

Բողոք ներկայացնել կամ IMR խնդրել՝

- Լրացրեք IMR/Գանգատի ձևաթուղթը, որը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx կամ զանգահարեք DMHC օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891:



- Եթե ունեք դրանք, կցեք նամակների կամ այլ փաստաթղթերի պատճենները ծառայության կամ ապրանքի մասին, որը մենք մերժել ենք: Սա կարող է արագացնել IMR գործընթացը: Ուղարկեք փաստաթղթերի պատճենները, այլ ոչ թե բնօրինակները: Օգնության կենտրոնը չի կարող վերադարձնել որևէ փաստաթուղթ:
- Լրացրեք լիազորված օգնականի ձևաթուղթը, եթե ինչ-որ մեկն օգնում է Ձեզ Ձեր IMR-ի հարցում: Ձևաթուղթը կարող եք ներբեռնել www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx հղումով կամ զանգահարելով Բաժնի օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891:
- Ներկայացրեք IMR/Գանգատի ձևաթուղթը և DMHC-ին ցանկացած կցորդ՝ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint:

Ներկայացրեք փոստով կամ ֆաքսով՝

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱԲՍ՝ 916-255-5241

Յոթ օրվա ընթացքում DMHC-ը կվերանայի Ձեր դիմումը և Ձեզ կուղարկի ստացման նամակի հաստատում: Եթե DMHC-ը որոշի, որ գործը համապատասխանում է IMR-ի համար, ապա IMR-ի որոշումը կկայացվի բոլոր պահանջվող փաստաթղթերի ստացումից հետո 45 օրվա ընթացքում:

Եթե Ձեր գործը հրատապ է, և Դուք համապատասխանում եք IMR-ի համար, IMR-ի որոշումը սովորաբար կկայացվի բոլոր պահանջվող փաստաթղթերի ստացումից հետո յոթ օրվա ընթացքում:

Եթե IMR-ի արդյունքը Ձեզ չի գոհացրել, այնուամենայնիվ կարող եք Նահանգային լսում խնդրել:

IMR-ը կարող է ավելի երկար տևել, եթե DMHC-ն չստանա Ձեզանից կամ Ձեր բուժող բժշկից պահանջվող անհրաժեշտ բոլոր բժշկական արձանագրությունները: Եթե Դուք օգտվում եք մի բժշկից, ով Ձեր առողջապահական ծրագրի ցանցում չէ, կարևոր է, որ Դուք ստանաք և ուղարկեք մեզ Ձեր բժշկական արձանագրությունները այդ բժշկից: Ձեր առողջապահական ծրագիրը պետք է ստանա Ձեր բժշկական տվյալների օրինակները ցանցի բժիշկներից:



Եթե DMHC-ը որոշի, որ Ձեր գործը չի համապատասխանում IMR-ի համար, DMHC-ը կվերանայի Ձեր գործը՝ սպառողների բողոքները քննելու ընթացիկ գործընթացի համաձայն: Ձեր բողոքը պետք է լուծվի լրացված դիմումը ներկայացնելուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե Ձեր բողոքը հրատապ է, այն ավելի շուտ կլուծվի:

(2) Նահանգային լսում

Դուք կարող եք Նահանգային լսում խնդրել Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայությունների և պարագաների համար: Եթե Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար խնդրում է ծառայություն կամ պարագա, որը մենք չենք հաստատի, կամ մենք չենք շարունակի վճարել ծառայության կամ պարագայի համար, որը Դուք արդեն ունեք, և եթե մենք մերժել ենք Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը, Դուք իրավունք ունեք նահանգային լսում խնդրելու:

Շատ դեպքերում **Դուք ունեք 120 օր Նահանգային լսում խնդրելու համար** «Բողոքարկման որոշման նամակի» ծանուցումը Ձեզ ուղարկելուց հետո:

ՆՇՈՒՄ. Եթե Նահանգային լսում եք խնդրում, քանի որ մենք Ձեզ ասել ենք, որ ծառայությունը, որը ներկայումս ստանում եք, կփոխվի կամ կդադարեցվի, **Դուք ավելի քիչ օրեր ունեք Ձեր հարցումը ներկայացնելու համար**, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը, մինչև Ձեր Նահանգային լսումն առկալի է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք «Արդյոք իմ նպաստները կշարունակվեն 2-րդ մակարդակի բողոքարկումների ժամանակ» բաժինը 272-րդ էջում:

Նահանգային լսումը կարող եք խնդրել հետևյալ ձևերով.

- Առցանց www.cdss.ca.gov կայքում:
- Հեռախոսով. զանգահարեք 1-800-743-8525 հեռախոսահամարով: Այս համարը կարող է խիստ զբաղված լինել: Թերևս հաղորդագրություն ստանաք ավելի ուշ զանգահարելու մասին: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել TTY/TDD 1-800-952-8349:
- Գրավոր. լրացրեք Նահանգային լսման ձևաթուղթ կամ նամակ գրեք: Ուղարկեք այն փոստով կամ ֆաքսով՝
- Փոստով. California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Ֆաքսով. 916-309-3487 կամ անվճար 1-833-281-0903
- Դուք կարող եք լրացնել «Նահանգային լսման հայտը» գործողության ծանուցման հետևի էջում: Անպայման ներառեք Ձեր անունը, հասցեն, հեռախոսի համարը, Սոցիալական ապահովության համարը և /կամ CIN համարը, ինչպես նաև նահանգային լսում խնդրելու դրդապատճառը: Եթե որևէ անձ օգնում է Ձեզ Նահանգային լսում խնդրելու հարցում, ավելացրեք նրա անունը, հասցեն, և հեռախոսի համարը ձևաթղթում կամ նամակում: Բանավոր թարգմանչի կարիքի

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



դեպքում, տեղեկացրեք նահանգային լսումների բաժնին, թե ինչ լեզվով եք խոսում: Դուք ոչ մի վճարում չեք կատարի բանավոր թարգմանչի համար: Նահանգային լսումների բաժինը Ձեզ կտրամադրի բանավոր թարգմանիչ: Եթե հաշմանդամություն ունեք, Նահանգային լսումների բաժինը կարող է Ձեզ անվճար հատուկ հարմարություններ տրամադրել, որոնք կօգնեն Ձեզ մասնակցել լսումներին: Խնդրում ենք ներառել տեղեկատվություն Ձեր հաշմանդամության և Ձեզ անհրաժեշտ հարմարության մասին:

- 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու համար Դուք պետք է խնդրեք QIO-ին ևս մեկ անգամ ուսումնասիրել Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ իրենց կայացրած որոշումը: Զանգահարեք նրանց 1-877-588-1123 [TTY` 1-855-887-6668] հեռախոսահամարով:
- Դուք պետք է խնդրեք այս վերանայումը **60 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն օրվանից, երբ QIO-ն Ոչ է ասել Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը: Դուք կարող եք խնդրել այս վերանայումը **միայն**, եթե հիվանդանոցում մնաք այն ամսաթվից հետո, երբ Ձեր ապահովագրությունը ավարտվի:
- QIO վերանայողները.
 - Եվս մեկ անգամ ուշադիր կնայեն Ձեր բողոքարկման հետ կապված ողջ տեղեկատվությանը:
 - Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման մասին իրենց որոշումը կհայտնեն Ձեզ երկրորդ վերանայման հարցումն ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե QIO-ն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.
 - Մենք պետք է փոխհատուցենք Ձեզ հիվանդանոցային խնամքի ծախսերի մեր բաժնին այն օրվան հաջորդող օրվա կեսօրին, երբ QIO-ն մերժել է Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը:
 - Մենք կտրամադրենք Ձեր ապահովագրված ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայությունները բժշկականորեն անհրաժեշտ են:
- Եթե QIO-ն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.
 - Նրանք համաձայն են Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ իրենց որոշման հետ և չեն փոխի այն:
 - Նրանք Ձեզ նամակ են տալիս, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և կատարել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում:

- Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել կամ խնդրել DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում՝ Ձեր հիվանդանոցում մնալը շարունակելու համար: Խնդրում ենք ուսումնասիրել **Բաժին F4-ը**՝ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ից անկախ բժշկական վերանայում:

Նահանգային լսումների բաժինը Ձեզ գրավոր որոշում կտրամադրի և կբացատրի պատճառները:

- Եթե նահանգային լսումների բաժինն մասնակիորեն կամ ամբողջովին **Այո** է ասում բժշկական պարագային կամ ծառայությանը, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք ծառայությունը կամ ապրանքը **72 ժամվա ընթացքում** նրանց որոշումը ստանալուց հետո:
- Եթե նահանգային լսումների բաժինը **Ոչ** է ասում Ձեր բողոքարկման մի մասին կամ ամբողջությամբ, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք Ձեր հայտը (կամ Ձեր հայտի մի մասը)՝ բժշկական խնամքի ապահովագրման համար: Սա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:

Եթե IRO-ի կամ Նահանգային լսումների որոշումը **Ոչ** է Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջությամբ, Դուք ունեք բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքներ:

Եթե Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումն ուղարկվել է **IRO**, Դուք կարող եք կրկին բողոքարկել միայն այն դեպքում, եթե Ձեր ուզած ծառայության կամ ապրանքի դոլարային արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույն գումարին: ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորը վարում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը: **Նամակը, որը Դուք ստանում եք IRO-ից, բացատրում է բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքները, որոնք Դուք կարող եք ունենալ:**

Նամակը, որը Դուք ստանում եք Նահանգային լսումների բաժնից, նկարագրում է բողոքարկման հաջորդ տարբերակը:

2-րդ մակարդակի բողոքարկումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին J-ը**:

F5. Վճարման խնդիրներ

Մենք թույլ չենք տալիս մեր ցանցի մատակարարներին հաշիվ ուղարկել Ձեզ ապահովագրված ծառայությունների համար: Սա ճշմարիտ է, նույնիսկ եթե մենք մատակարարին վճարում ենք ավելի քիչ, քան մատակարարի ծախսերն են ապահովագրված ծառայության կամ պարագայի համար: Ձեզանից երբեք չի պահանջվում վճարել որևէ հաշվի մնացորդը: Միակ գումարը, որը Դուք պետք է վճարեք, Մակարդակ 3-ի համավճարն է՝ Նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր, Մակարդակ 4՝ Ոչ նախընտրելի դեղեր և Մակարդակ 5՝ Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր:



Եթե Դուք հաշիվ եք ստանում, որը գերազանցում է Ձեր համավճարը ապահովագրված ծառայությունների և պարագաների համար, ուղարկեք հաշիվը մեզ: Մի վճարեք հաշիվը: Մենք ուղղակիորեն կապ կհաստատենք մատակարարի հետ և կլուծենք խնդիրը: Եթե Դուք վճարում եք հաշիվը, կարող եք փոխհատուցում ստանալ մեր ծրագրից, եթե հետևել եք ծառայություններ կամ ապրանքներ ստանալու կանոններին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 7-ը*: Այն նկարագրում է իրավիճակներ, երբ Դուք կարող եք պահանջել մեզ հետ վճարել Ձեզ կամ վճարել այն հաշիվը, որը ստացել եք մատակարարից: Այն նաև պատմում է, թե ինչպես մեզ ուղարկել այն փաստաթղթերը, որոնք մեզանից վճարում են պահանջում:

Եթե Դուք խնդրում եք Ձեզ հետ վճարել, ապա Դուք ապահովագրական որոշում եք խնդրում: Մենք կստուգենք՝ արդյոք Ձեր վճարած ծառայությունը կամ ապրանքը ապահովագրված է, և արդյոք հետևել եք Ձեր ապահովագրությունն օգտագործելու բոլոր կանոններին:

- Եթե Ձեր վճարած ծառայությունը կամ ապրանքը ապահովագրված է, և Դուք հետևել եք բոլոր կանոններին, մենք Ձեզ կուղարկենք ծառայության կամ ապրանքի արժեքի մեր բաժինը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ Ձեր հարցումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե Դուք դեռ չեք վճարել ծառայության կամ ապրանքի համար, մենք վճարումը կուղարկենք անմիջապես մատակարարին: Երբ մենք վճարում ենք ուղարկում, դա նույնն է, ինչ ասեք **Այո** ապահովագրական որոշման Ձեր խնդրանքին:
- Եթե ծառայությունը կամ պարագան ապահովագրված չէ, կամ Դուք չեք հետևել բոլոր կանոններին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ չենք վճարելու ծառայության կամ պարագայի համար և կբացատրենք, թե ինչու:

Եթե համաձայն չեք չվճարելու մեր որոշման հետ, **կարող եք բողոքարկել**: Հետևեք բողոքարկման գործընթացին, որը նկարագրված է **Բաժին F3-ում**: Երբ հետևում եք այս հրահանգներին, հիշեք.

- Եթե բողոքարկում եք մեզ՝ Ձեզ փոխհատուցելու համար, մենք պետք է Ձեզ պատասխան տանք Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Ձեր բողոքարկմանը մեր պատասխանը **Ոչ** է, և **Medicare**-ը սովորաբար ապահովագրում է ծառայությունը կամ պարագան, մենք Ձեր գործը կուղարկենք IRO: Մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, եթե դա տեղի ունենա:

- Եթե IRO-ն չեղարկի մեր որոշումը և ասի, որ մենք պետք է վճարենք Ձեզ, մենք պետք է վճարումը ուղարկենք Ձեզ կամ մատակարարին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե Ձեր բողոքարկման պատասխանը **Այո** է 2-րդ մակարդակից հետո բողոքարկման գործընթացի ցանկացած փուլում, մենք պետք է վճարումը ուղարկենք Ձեզ կամ առողջական խնամքի մատակարարին 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե IRO-ն Ոչ է ասում Ձեր բողոքարկմանը, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են, որ մենք չպետք է հաստատենք Ձեր խնդրանքը: Սա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»: Դուք կստանաք նամակ, որտեղ կբացատրվեն բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքները, որոնք Դուք կարող եք ունենալ: Բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին հավելյալ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին J-ը**:

Եթե Ձեր բողոքարկմանը տրված մեր պատասխանը Ոչ է, և Medi-Cal-ը սովորաբար ապահովագրում է ծառայությունը կամ պարագան, կարող եք ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել: Ուսումնասիրեք **Բաժին F4-ը** լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

G. Medicare Մաս D դեղեր

Որպես մեր ծրագրի անդամ Ձեր նպաստները ներառում են շատ դեղերի ապահովագրում: Դրանցից շատերը Medicare Մաս D-ի դեղերն են: Կան մի քանի դեղեր, որոնք Medicare Մաս D-ն չի ապահովագրում, սակայն որոնք Medi-Cal-ը կարող է ապահովագրել: **Այս բաժինը վերաբերում է միայն Medicare Մաս D-ի դեղերի բողոքարկումներին:** Այս բաժնի մնացած հատվածում մենք կօգտագործենք «դեղ» տերմինն ամեն անգամ «Medicare Մաս D դեղ» ասելու փոխարեն: Միայն Medi-Cal-ով ապահովագրվող դեղերի համար հետևեք **Բաժին E-ում** նկարագրված գործընթացին:

Ապահովագրվելու համար դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական կողմից ընդունված ցուցումների համար: Դա նշանակում է, որ դեղը հաստատված է Սննդի և դեղորայքի վարչության կողմից (FDA) կամ աջակցվում է որոշակի բժշկական հղումներով: Բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը*:

G1. Medicare Մաս D ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ

Ահա ապահովագրական որոշումների օրինակներ, որոնք Դուք խնդրում եք մեզ ընդունել Ձեր Medicare Մաս D դեղերի վերաբերյալ.

- Դուք մեզ խնդրում եք բացատրություն անել, այդ թվում՝ խնդրելով.
 - Ապահովագրել Medicare Մաս D-ի դեղը, որը մեր ծրագրի *Դեղերի ցանկում* չէ կամ
 - Բացատրություն անել դեղերի մեր ապահովագրության սահմանափակման վերաբերյալ (օրինակ՝ Ձեր ստացած քանակի սահմանափակումները)
- Դուք մեզ հարցնում եք, թե արդյոք դեղն ապահովագրված է Ձեզ համար (օրինակ, երբ Ձեր դեղը գտնվում է մեր ծրագրի *Դեղերի ցանկում*, բայց մենք պետք է այն հաստատենք այն Ձեզ համար՝ նախքան այն ապահովագրելը)



ՆՇՈՒՄ. Եթե Ձեր դեղատոմսը Ձեզ ասի, որ Ձեր դեղատոմսը չի կարող լրացվել այնպես, ինչպես գրված է, դեղատոմսը Ձեզ գրավոր ծանուցում կտա, որտեղ կբացատրվի, թե ինչպես կապվել մեզ հետ ապահովագրական որոշում խնդրելու համար:

Ձեր Medicare Մաս D դեղերի վերաբերյալ նախնական ապահովագրական որոշումը կոչվում է «**ապահովագրական վճիռ**»:

- Դուք կարող եք խնդրել մեզ վճարել արդեն գնված դեղի համար: Սա վճարման վերաբերյալ ապահովագրական որոշում է պահանջում:

Եթե համաձայն չեք մեր կողմից ընդունված ապահովագրական որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժինը պատմում է Ձեզ, թե ինչպես խնդրել ապահովագրական որոշումներ և ինչպես բողոքարկել: Օգտագործեք ստորև բերված աղյուսակն օգնության համար:

Այս իրավիճակներից ո՞ր մեկում եք Դուք:

Ձեզ անհրաժեշտ է դեղ, որը չկա մեր <i>Դեղերի ցանկում</i> /կամ պետք է, որ մենք մի կողմ դնենք կանոն կամ սահմանափակում մեր կողմից ապահովագրված դեղի վերաբերյալ:	Դուք ցանկանում եք, որ մենք ապահովագրենք դեղը մեր <i>Դեղերի ցանկում</i> , և կարծում եք, որ համապատասխանում եք ծրագրի կանոններին կամ սահմանափակումներին (օրինակ՝ նախապես հաստատում ստանալը) Ձեզ անհրաժեշտ դեղի համար:	Դուք ցանկանում եք խնդրել մեզ փոխհատուցել Ձեզ մի դեղի համար, որը Դուք արդեն ստացել և որի համար վճարել եք:	Մենք Ձեզ ասել ենք, որ մենք չենք ապահովագրելու կամ վճարելու դեղի համար այնպես, ինչպես Դուք եք ցանկանում:
Դուք կարող եք մեզ խնդրել բացառություն անել: (Սա ապահովագրական որոշման տեսակ է):	Դուք կարող եք մեզանից խնդրել ապահովագրական որոշում:	Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել Ձեզ: (Սա ապահովագրական որոշման տեսակ է):	Կարող եք բողոքարկել: (Սա նշանակում է, որ Դուք խնդրում եք մեզ վերանայել):
Սկսեք Բաժին G2-ից , այնուհետև ուսումնասիրեք Բաժիններ G3-ը և G4-ը :	Ուսումնասիրեք Բաժին G4-ը :	Ուսումնասիրեք Բաժին G4-ը :	Ուսումնասիրեք Բաժին G5-ը :

G2. Medicare Մաս D-ի բացառություններ

Եթե մենք չենք ապահովագրում դեղը Ձեր ուզած ձևով, կարող եք խնդրել մեզ «բացառություն» անել: Եթե մենք մերժենք բացառության Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

Երբ Դուք բացառություն եք խնդրում, Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը պետք է բացատրի բժշկական պատճառները, թե ինչու է Ձեզ անհրաժեշտ այդ բացառությունը:

Մեր *Դեղերի ցանկում* չգրանցված դեղի ապահովագրման կամ դեղի սահմանափակումը վերացնելու հայտը երբեմն կոչվում է **«դեղացանկի բացառություն»** խնդրել:

Ապահովագրված ոչ նախընտրելի դեղի համար ավելի ցածր գին վճարելու խնդրանքը երբեմն կոչվում է **«մակարդակի վերաբերող բացառության»** խնդրանք:

Ահա մի քանի բացառությունների օրինակներ, որոնք Դուք կամ Ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս դուրս գրող այլ անձ կարող եք խնդրել մեզ անել.

1. Դեղի ապահովագրում, որը մեր *Դեղերի ցանկում* չէ

- Եթե մենք համաձայնենք բացառություն անել և ապահովագրել դեղը, որը մեր *Դեղերի ցանկում* չէ, Դուք կվճարեք համավճար, որը վերաբերում է Մակարդակի 4-ի դեղերին՝ Ոչ նախընտրելի դեղերի մակարդակ:
- Դուք չեք կարող բացառություն ստանալ դեղամիջոցի համար պահանջվող համավճարի գումարից:

2. Ապահովագրված դեղի սահմանափակումը հանելը

- Լրացուցիչ կանոններ կամ սահմանափակումներ են կիրառվում մեր *Դեղերի ցանկի* որոշ դեղերի նկատմամբ (հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը*):
- Որոշ դեղերի համար լրացուցիչ կանոններն ու սահմանափակումները ներառում են.
 - Պահանջվում է օգտագործել դեղի ջեներիկ տարբերակը ապրանքանիշով դեղի փոխարեն:
 - Նախապես ստանալ մեր հաստատումը, նախքան մենք կհամաձայնենք ապահովագրել դեղը Ձեզ համար: Սա երբեմն կոչվում է «նախօրոք լիազորում (PA)»:



- Պահանջվում է նախ փորձել այլ դեղամիջոց, նախքան մենք համաձայնենք ապահովագրել Ձեր խնդրած դեղը: Սա երբեմն կոչվում է «փուլային թերապիա»:
- Քանակի սահմանափակումներ: Որոշ դեղերի համար կան սահմանափակումներ այն դեղի քանակի վերաբերյալ, որը Դուք կարող եք ունենալ:
- Եթե մենք համաձայնենք բացառություն անել Ձեզ համար և անտեսենք սահմանափակումը, Դուք կարող եք բացառություն խնդրել համավճարի գումարի համար, որը պետք է վճարեք:

3. Դեղերի ապահովագրությունը ծախսաբաժնի ավելի ցածր մակարդակի փոխելը:

- Մեր *Դեղերի ցանկի* յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսաբաժնի հինգ մակարդակներից մեկում: Ընդհանուր առմամբ, որքան ցածր է համավճարի մակարդակի համարը, այնքան քիչ է Ձեզանից պահանջվող համավճարի գումարը:
- Մեր *Դեղերի ցանկը* հաճախ ներառում է մեկից ավելի դեղեր՝ կոնկրետ առողջական խնդրի բուժման համար: Դրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր:
 - Եթե Ձեր առողջական խնդրի համար անհրաժեշտ այլընտրանքային դեղը ծախսաբաժնի ավելի ցածր մակարդակ ունի, քան Ձեր ընդունած դեղը, կարող եք խնդրել մեզ այն փոխհատուցել այլընտրանքային դեղամիջոցի համար նախատեսված ծախսաբաժնի գումարով: Սա կնվազեցնի Ձեր համավճարի չափը դեղամիջոցի համար:
 - Եթե Ձեր ընդունած դեղը կենսաբանական ապրանք է, Դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրել այն ծախսաբաժնի գումարի չափով՝ Ձեր վիճակի համար կենսաբանական ապրանքի այլընտրանքների ամենացածր մակարդակի համար:
 - Եթե Ձեր ընդունած դեղը ապրանքանիշով դեղ է, Դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրել այն համավճարի գումարի չափով՝ Ձեր առողջական խնդրի համար ապրանքանիշով դեղի այլընտրանքների ամենացածր մակարդակի համար:
 - Եթե Ձեր ընդունած դեղը ջեներիկ արտադրանք է, Դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրել այն համավճարի գումարի չափով՝ Ձեր առողջական խնդրի համար ապրանքանիշով կամ ջեներիկ դեղի այլընտրանքների ամենացածր մակարդակի համար:
 - Դուք չեք կարող մեզ խնդրել փոխել Մակարդակի 5-ի որևէ դեղամիջոցի ծախսաբաժնի մակարդակը: Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր:

- Եթե մենք հաստատում ենք մակարդակին վերաբերող բացառության համար Ձեր հայտը, և կա մեկից ավելի՝ ծախսերի բաշխման ցածր մակարդակ ունեցող այլընտրանքային դեղերի համար, որոնք Դուք չեք կարող ընդունել, Դուք սովորաբար վճարում եք նվազագույն գումարը:

G3. Կարևոր բաներ, որոնք պետք է իմանալ բացառություն խնդրելու մասին

Ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս նշանակողը պետք է մեզ ասի բժշկական պատճառները:

Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս նշանակողը պետք է մեզ տեղեկանք տա՝ բացատրելով բացառություն խնդրելու բժշկական պատճառները: Ավելի արագ որոշում կայացնելու համար ներառեք այս բժշկական տեղեկատվությունը Ձեր բժշկից կամ այլ նշանակողից, երբ Դուք բացառություն եք խնդրում:

Մեր *Դեղերի ցանկը* հաճախ ներառում է մեկից ավելի դեղեր՝ կոնկրետ առողջական խնդրի բուժման համար: Դրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր: Եթե այլընտրանքային դեղը նույնքան արդյունավետ է, որքան Ձեր խնդրած դեղը և չի առաջացնի ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ կամ այլ առողջական խնդիրներ, մենք սովորաբար **չենք** հաստատում Ձեր բացառության հայտը: Եթե Դուք մեզանից պահանջում եք մակարդակին վերաբերող բացառություն, մենք սովորաբար **չենք** հաստատում Ձեր բացառության հայտը, քանի դեռ չի ապացուցվել, որ ծախսաբաժնի ցածր մակարդակ ունեցող որևէ այլընտրանքային դեղ հարմար չէ Ձեզ համար, կամ էլ այն կարող է առաջացնել անբարենպաստ ռեակցիա կամ այլ վնաս:

Մենք կարող ենք Այո կամ Ոչ ասել Ձեր խնդրանքին:

- Եթե մենք **Այո** ասենք Ձեր բացառության խնդրանքին, ապա բացառությունը սովորաբար ուժի մեջ կմնա մինչև օրացուցային տարվա ավարտը: Սա ճիշտ է այնքան ժամանակ, քանի դեռ Ձեր բժիշկը շարունակում է դեղը նշանակել Ձեզ համար, և այդ դեղը շարունակում է անվտանգ և արդյունավետ լինել Ձեր առողջական խնդիրը բուժելու համար:
- Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր բացառության խնդրանքին, Դուք կարող եք բողոքարկել: Տե՛ս **Բաժին G5-ը**՝ բողոքարկում ներկայացնելու տեղեկությունների համար, եթե **Ոչ** ասենք:

Հաջորդ բաժինը պատմում է Ձեզ, թե ինչպես խնդրել ապահովագրական որոշում, ներառյալ բացառությունը:

G4. Ապահովագրական որոշում, ներառյալ բացառություն խնդրելը

- Խնդրեք ապահովագրական որոշման տեսակը, որը ցանկանում եք՝ զանգահարելով 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, գրելով կամ ֆաքս ուղարկելով մեզ: Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր բժիշկը (կամ այլ դեղատոմս նշանակող) կարող եք դա անել: Խնդրում ենք ներառել Ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և հայտի մասին տեղեկությունները:



- Դուք կամ Ձեր բժիշկը (կամ այլ դեղատոմս նշանակող) կամ Ձեր անունից գործող մեկ այլ անձ կարող եք ապահովագրական որոշում խնդրել: Դուք կարող եք նաև տալ փաստաթանի լիազորագիր Ձեր անունից:
- Ուսումնասիրեք **Բաժին E3-ը**՝ պարզելու, թե ինչպես կարելի է ինչ-որ մեկին նշանակել Ձեր ներկայացուցիչ:
- Ձեզ հարկավոր չէ գրավոր թույլտվություն տալ Ձեր բժշկին կամ այլ նշանակողի՝ Ձեր անունից ապահովագրական որոշում խնդրելու համար:
- Եթե ցանկանում եք խնդրել մեզ փոխհատուցել Ձեզ դեղի համար, ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 7-ը*:
- Եթե Դուք բացառություն եք խնդրում, մեզ «աջակցող տեղեկանք» տրամադրեք: Աջակցող տեղեկանքը ներառում է Ձեր բժշկի կամ այլ նշանակողի բժշկական պատճառները բացառության խնդրանքի համար:
- Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս նշանակողը կարող է ֆաքսով կամ փոստով ուղարկել մեզ աջակցող հայտարարություն: Նրանք կարող են նաև մեզ հայտնել հեռախոսով, ապա տեղեկանքը ֆաքսով կամ փոստով ուղարկել:
- Ապահովագրական որոշման հայտերը կարող եք էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել անդամների անվտանգ հարթակի միջոցով և հետևյալ հասցեով՝ https://www.blueshieldca.com/bzca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - Ընտրեք անդամի ձևաթղթերը
 - Սկսեք ապահովագրական որոշման հայտն առցանց
 - Դուք կարող եք սկսել գործընթացը՝ նախօրոք լիազորում կամ բացառություն ստանալու համար:

Եթե Ձեր առողջությունը պահանջում է, խնդրեք մեզանից «արագ ապահովագրական որոշում»:

Մենք օգտագործում ենք «ստանդարտ ժամկետները», եթե չհամաձայնենք օգտագործել «արագ ժամկետները»:

- **Ստանդարտ ապահովագրական որոշումը** նշանակում է, որ մենք Ձեզ պատասխանում ենք Ձեր բժշկի տեղեկանքը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:



- **Արագ ապահովագրական որոշումը** նշանակում է, որ մենք Ձեզ պատասխանում ենք Ձեր բժշկի տեղեկանքը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:

«Արագ ապահովագրական որոշումը» կոչվում է **«արագացված ապահովագրական որոշում»:**

Դուք կարող եք արագ ապահովագրական որոշում ստանալ, եթե՝

- Դա դեղամիջոցի համար է, որը Դուք չեք ստացել: Դուք չեք կարող արագ ապահովագրական որոշում ստանալ, եթե խնդրում եք մեզ փոխհատուցել Ձեզ՝ արդեն գնված դեղի համար:
- Ձեր առողջությունը կամ գործելու կենսագործունեությունը լրջորեն կվնասվի, եթե մենք օգտագործենք ստանդարտ ժամկետները:

Եթե Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս նշանակողը մեզ ասի, որ Ձեր առողջությունը պահանջում է արագ ապահովագրական որոշում, մենք կվերանայենք Ձեր խնդրանքը՝ արագ ապահովագրական որոշման ժամանակացույցի համաձայն: Մենք այս տեղեկություններով նամակ կուղարկենք Ձեզ:

- Եթե Դուք արագ ապահովագրական որոշում եք խնդրում առանց Ձեր բժշկի կամ այլ դեղատոմս նշանակողի աջակցության, մենք կորոշենք, թե արդյոք Դուք արագ ապահովագրական որոշում կստանաք:
- Եթե մենք որոշենք, որ Ձեր առողջական խնդիրը չի համապատասխանում արագ ապահովագրական որոշման պահանջներին, փոխարենը մենք կօգտագործենք ստանդարտ ժամկետները:
 - Մենք Ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որում ասվում է, որ մենք կօգտագործենք ստանդարտ վերջնաժամկետը: Նամակում նաև բացատրվում է, թե ինչպես բողոքարկել մեր որոշումը:
 - Դուք կարող եք արագ բողոք ներկայացնել և ստանալ պատասխանը 24 ժամվա ընթացքում: Բողոքարկման, ներառյալ արագ բողոքարկման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Բաժին K-ը**:

Ստանդարտ ապահովագրական որոշման վերջնաժամկետներ

- Եթե մենք օգտագործում ենք արագ ժամկետները, մենք պետք է Ձեզ պատասխանենք Ձեր հայտը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Եթե Դուք բացառություն եք խնդրում, մենք Ձեզ մեր պատասխանը կտանք Ձեր բժշկի աջակցող տեղեկանքը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Մենք Ձեզ ավելի շուտ կտանք մեր պատասխանը՝ ելնելով Ձեր առողջական վիճակից:

- Եթե մենք չպահպանենք այս վերջնաժամկետը, մենք Ձեր հարցումը կուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ IRO-ի կողմից վերանայման համար: 2-րդ մակարդակի բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Բաժին G6-ը**:
- Եթե մենք **Այո** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ ապահովագրություն կտրամադրենք Ձեր հարցումը կամ Ձեր բժշկի աջակցող հայտարարությունը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք պատճառներով: Նամակում նաև բացատրվում է, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

Ձեր չստացած դեղի վերաբերյալ ստանդարտ ապահովագրական որոշման վերջնաժամկետներ

- Եթե մենք օգտագործում ենք ստանդարտ ժամկետները, մենք պետք է Ձեզ պատասխան տանք Ձեր հարցումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Եթե Դուք բացառություն եք խնդրում, մենք Ձեզ մեր պատասխանը կտանք Ձեր բժշկի աջակցող տեղեկանքը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Մենք Ձեզ ավելի շուտ կտանք մեր պատասխանը՝ ելնելով Ձեր առողջական վիճակից:
- Եթե մենք չպահպանենք այս վերջնաժամկետը, մենք Ձեր հարցումը կուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ IRO-ի կողմից վերանայման համար:
- Եթե մենք **Այո** ասենք Ձեր խնդրանքի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ ապահովագրություն կտրամադրենք Ձեր հայտը կամ Ձեր բժշկի կողմից բացառության դեպքում աջակցող տեղեկանքը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք պատճառներով: Նամակում նաև բացատրվում է, թե ինչպես բողոքարկել մեր որոշումը:

Արդեն գնված դեղի վերաբերյալ ստանդարտ ապահովագրական որոշման վերջնաժամկետներ

- Մենք պետք է Ձեզ պատասխան տանք Ձեր հարցումը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք չպահպանենք այս վերջնաժամկետը, մենք Ձեր հարցումը կուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ IRO-ի կողմից վերանայման համար:

- Եթե մենք **Այո** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ հետ կվճարենք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք պատճառներով: Նամակում նաև բացատրվում է, թե ինչպես բողոքարկել մեր որոշումը:

G5. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

Մեր ծրագրին ուղղված բողոքարկումը Medicare Մաս D-ի դեղերի ապահովագրման որոշման վերաբերյալ կոչվում է ծրագրի «**վերաորոշում**»:

- Սկսեք Ձեր **ստանդարտ** կամ **արագ բողոքարկումը**՝ զանգահարելով 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, գրելով կամ ֆաքս ուղարկելով մեզ: Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր բժիշկը (կամ այլ դեղատոմս նշանակող) կարող եք դա անել: Խնդրում ենք ներառել Ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկությունները:
- Դուք պետք խնդրեք բողոքարկումը մեր կողմից մեր որոշումը բացատրող նամակն ուղարկելու ամսաթվին հաջորդող **65 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
- Եթե Դուք բաց թողնեք վերջնաժամկետը և հարգելի պատճառ ունենաք այն բաց թողնելու համար, մենք կարող ենք Ձեզ ավելի շատ ժամանակ տրամադրել Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելու համար: Հարգելի պատճառների օրինակները հետևյալն են. Դուք լուրջ հիվանդություն եք ունեցել կամ մենք Ձեզ սխալ տեղեկատվություն ենք տվել վերջնաժամկետի վերաբերյալ: Բացատրեք, թե ինչու է Ձեր բողոքարկումն ուշանում, երբ բողոքարկում եք:
- Դուք իրավունք ունեք մեզնից պահանջել Ձեր բողոքարկման մասին տեղեկատվության անվճար պատճենը: Դուք և Ձեր բժիշկը կարող եք նաև մեզ ավելի շատ տեղեկություններ տրամադրել՝ Ձեր բողոքարկմանն աջակցելու համար:

Եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է, խնդրեք արագ բողոքարկում:

Արագ բողոքարկումը կոչվում է նաև «**արագացված վերաորոշում**»:

- Եթե Դուք բողոքարկում եք Ձեր չստացած դեղամիջոցի վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը, Դուք և Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս նշանակողը որոշում եք, թե արդյոք Դուք արագ բողոքարկման կարիք ունեք:
- Արագ բողոքարկման պահանջները նույնն են, ինչ արագ ապահովագրական որոշման պահանջները: Ուսումնասիրեք **Բաժին G4-ը**՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Մենք կքննենք Ձեր բողոքը և կտանք մեր պատասխանը:

- Մենք վերանայում ենք Ձեր բողոքարկումը և ևս մեկ անգամ ուշադիր ուսումնասիրում ենք Ձեր ապահովագրության հայտի վերաբերյալ բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք ստուգում ենք՝ հետևել ենք կանոններին, երբ **Ոչ** ենք ասել Ձեր խնդրանքին:
- Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար մենք կարող ենք կապվել Ձեր կամ Ձեր բժշկի կամ դեղատոմս նշանակողի հետ:

Արագ բողոքարկման վերջնաժամկետներ 1-ին մակարդակում

- Եթե մենք օգտագործում ենք արագ ժամկետները, մենք պետք է Ձեզ պատասխան տանք Ձեր խնդրանքը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
 - Մենք Ձեզ ավելի շուտ կտանք մեր պատասխանը՝ ելնելով Ձեր առողջական վիճակից:
 - Եթե մենք Ձեզ չպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում, ապա մենք պետք է Ձեր հարցումն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: IRO-ն այնուհետև կվերանայի այն: Տե՛ս **Բաժին G6-ը** վերանայման կազմակերպության և 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար:
- Եթե մենք **Այո** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք պետք է տրամադրենք ապահովագրությունը, որը համաձայնել ենք տրամադրել Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք՝ նշելով պատճառները, և տեղեկացնելով, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

Ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետներ 1-ին մակարդակում

- Եթե մենք օգտագործում ենք ստանդարտ ժամկետները, մենք պետք է Ձեզ մեր պատասխանը տանք **յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ մենք կստանանք Ձեր բողոքարկումը դեղի համար, որը Դուք չեք ստացել:
- Մենք Ձեզ ավելի շուտ կտանք մեր որոշումը, եթե Դուք չեք ստացել դեղը, իսկ Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա: Եթե Ձեր կարծիքով Ձեր առողջական վիճակը դա է պահանջում, խնդրեք արագ բողոքարկում:



Եթե մենք Ձեզ չհայտնենք որոշումը յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում, մենք պետք է Ձեր հարցումն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: IRO-ն այնուհետև կվերանայի այն: Տե՛ս **Բաժին G6-ը** վերանայման կազմակերպության և 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար:

Եթե մենք **Այո** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին.

- Մենք պետք է **տրամադրենք ապահովագրությունը**, որը պայմանավորվել էր տրամադրել այնքան արագ, որքան Ձեր առողջական խնդիրն է պահանջում, բայց **ոչ ուշ, քան** Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում**:
- Մենք պետք է **Ձեզ վճարենք** Ձեր գնած դեղի համար Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **30 օրացուցային օրվա ընթացքում**:

Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին.

- Մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք, որը կբացատրի պատճառները և կպատմի, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:
- Մենք պետք է Ձեզ պատասխան տանք Ձեր գնած դեղի համար Ձեզ հետ վճարելու մասին Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **14 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
 - Եթե մենք Ձեզ չհայտնենք որոշումը 14 օրացուցային օրվա ընթացքում, մենք պետք է Ձեր հարցումն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: IRO-ն այնուհետև կվերանայի այն: Տե՛ս **Բաժին G6-ը** վերանայման կազմակերպության և 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար:
- Եթե մենք **Այո** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք պետք է վճարենք Ձեզ Ձեր հայտը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք՝ նշելով պատճառները, և տեղեկացնելով, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

G6. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը, Դուք կարող եք ընդունել մեր որոշումը կամ կրկին բողոքարկել: Եթե որոշեք մեկ այլ բողոքարկում ներկայացնել, Դուք կօգտագործեք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը: **IRO-ը** վերանայում է մեր որոշումը, երբ մենք **Ոչ** ենք ասում Ձեր առաջին բողոքարկմանը: Այս կազմակերպությունն է որոշում, թե արդյոք մենք պետք է փոխենք մեր որոշումը:



«Անկախ վերանայման կազմակերպության» (IRO) պաշտոնական անվանումն է
«Անկախ վերանայման միավոր», որը երբեմն կոչվում է **«IRE»**:

2-րդ մակարդակի բողոքարկում անելու համար Դուք, Ձեր ներկայացուցիչը կամ Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս նշանակողը պետք է դիմեք IRO-ին **գրավոր դիմումով** և խնդրեք վերանայել Ձեր գործը:

- Եթե մենք **Ոչ** ասենք Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը, ապա նամակը, որը մենք ուղարկում ենք Ձեզ, կներառի **ցուցումներ, թե ինչպես կատարել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում** IRO-ում: Հրահանգները ցույց են տալիս, թե ով կարող է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել, ինչ ժամկետներ պետք է պահպանեք և ինչպես դիմել կազմակերպությանը:
- Երբ Դուք դիմում եք ներկայացնում IRO-ին, մենք Ձեր բողոքարկման մասին մեր ունեցած տեղեկությունները ուղարկում ենք կազմակերպությանը: Այս տեղեկատվությունը կոչվում է Ձեր «գործի ֆայլը»: **Դուք իրավունք ունեք անվճար պատճենել Ձեր գործի ֆայլը:** Եթե օգնության կարիք ունեք Ձեր գործի ֆայլի անվճար պատճենը խնդրելու համար, զանգահարեք 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով:
- Դուք իրավունք ունեք IRO-ին տրամադրել լրացուցիչ տեղեկություններ՝ Ձեր բողոքարկմանը սատարելու համար:

IRO-ն վերանայում է Ձեր Medicare Մաս D 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը և Ձեզ գրավոր պատասխան է տալիս: Ուսումնասիրեք **Բաժին F4-ը** IRO-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Արագ բողոքարկման վերջնաժամկետները 2-րդ մակարդակում

Եթե Ձեր առողջական վիճակը դա պահանջում է, IRO-ից խնդրեք արագ բողոքարկում:

- Եթե նրանք համաձայնեն արագ բողոքարկմանը, նրանք պետք է Ձեզ պատասխան տան Ձեր բողոքարկման դիմումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
- Եթե նրանք **Այո** ասեն Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին, մենք պետք է տրամադրենք հաստատված դեղի ապահովագրությունը IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **24 ժամվա ընթացքում**:

Ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետները 2-րդ մակարդակում

Եթե Դուք ներկայացնում եք ստանդարտ բողոքարկում 2-րդ մակարդակում, IRO-ն պետք է Ձեզ պատասխան տա:



- **յոթ օրացուցային օրվա ընթացքում** այն բանից հետո, երբ նրանք կստանան Ձեր բողոքարկումը դեղի համար, որը Դուք չեք ստացել:
- **14 օրացուցային օրվա ընթացքում** Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո Ձեր գնած դեղի դիմաց փոխհատուցման համար:

Եթե IRO-ն **Այո** է ասում Ձեր հայտի մի մասին կամ ամբողջին.

- Մենք պետք է տրամադրենք հաստատված դեղի ապահովագրությունը IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
- Մենք պետք է Ձեզ փոխհատուցենք Ձեր գնած դեղի համար IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե IRO-ն **Ոչ** է ասում Ձեր բողոքարկմանը, դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են Ձեր խնդրանքը չհաստատելու մեր որոշման հետ: Սա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:

Եթե IRO-ն **Ոչ** է ասում Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը, Դուք իրավունք կունենաք 3-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու, եթե Ձեր պահանջած դեղերի ապահովագրության դոլարային արժեքը համապատասխանում է նվազագույն դոլարային արժեքին: Եթե Ձեր կողմից պահանջվող դեղերի ապահովագրության դոլարային արժեքը պակաս է պահանջվող նվազագույնից, Դուք չեք կարող այլ բողոքարկում ներկայացնել: Այդ դեպքում 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումը վերջնական է: IRO-ն Ձեզ նամակ կուղարկի, որում կհայտնի Ձեզ 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը շարունակելու համար պահանջվող դոլարային նվազագույն արժեքը:

Եթե Ձեր հայտի դոլարային արժեքը համապատասխանում է պահանջին, Դուք կորոշեք, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել Ձեր բողոքարկումը:

- Բողոքարկման գործընթացում 2-րդ մակարդակից հետո կա երեք լրացուցիչ մակարդակ:
- Եթե IRO-ն **Ոչ** է ասում Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը, և Դուք բավարարեք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջը, Դուք.
 - Կորոշեք, թե արդյոք ցանկանում եք 3-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:
 - 2-րդ մակարդակի բողոքարկումից հետո IRO-ի կողմից Ձեզ ուղարկված նամակում ծանոթացեք 3-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու մանրամասներին:

ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորը վարում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումները: 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների բողոքարկումների մասին տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Բաժին J-ը**:



Ի. Խնդրել ապահովագրել հիվանդանոցում ավելի երկար մնալը

Երբ Դուք ընդունվում եք հիվանդանոց, Դուք իրավունք ունեք ստանալ բոլոր հիվանդանոցային ծառայությունները, որոնք մենք ապահովագրում ենք, և որոնք անհրաժեշտ են Ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքը ախտորոշելու և բուժելու համար: Մեր ծրագրի հիվանդանոցային ապահովագրության մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 4-ը*:

Ձեր ապահովագրված հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում Ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի անձնակազմը աշխատում են Ձեզ հետ՝ նախապատրաստելու Ձեզ այն օրվան, երբ դուրս կգրվեք հիվանդանոցից: Նրանք նաև օգնում են կազմակերպել խնամքը, որը Ձեզ կարող է անհրաժեշտ լինել դուրս գրվելուց հետո:

- Հիվանդանոցից դուրս գալու օրը կոչվում է Ձեր «դուրսգրման ամսաթիվ»:
- Ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը Ձեզ կասեն, թե երբ է Ձեր դուրսգրման օրը:

Եթե կարծում եք, որ Ձեզ շատ շուտ են խնդրում հեռանալ հիվանդանոցից կամ մտահոգված եք հիվանդանոցից դուրս գալուց հետո Ձեր խնամքի համար, կարող եք խնդրել ավելի երկար մնալ հիվանդանոցում: Այս բաժինը պատմում է Ձեզ, թե ինչպես պետք է խնդրել դա:

Չնայած այս **Բաժին H-ում** քննարկված բողոքարկումներին, Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ին Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնել Ձեր հիվանդանոցում մնալու համար: Խնդրում ենք ուսումնասիրել **Բաժին F4-ը**՝ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ից անկախ բժշկական վերանայում: Դուք կարող եք Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել՝ ի լրումն 3-րդ մակարդակի բողոքարկման կամ դրա փոխարեն:

Ի1. Ձեր Medicare իրավունքների մասին իմանալը

Հիվանդանոց ընդունվելուց հետո երկու օրվա ընթացքում հիվանդանոցի որևէ աշխատակից, օրինակ՝ բուժքույրը կամ գործավարը, Ձեզ գրավոր ծանուցում կտրամադրի, որը կոչվում է «Կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից՝ Ձեր իրավունքների մասին»: Medicare ունեցող յուրաքանչյուր ոք ստանում է այս ծանուցման պատճենը, երբ նրանք ընդունվում են հիվանդանոց:

Եթե Դուք չստանաք այս ծանուցումը, խնդրեք այն հիվանդանոցի ցանկացած աշխատակցից: Եթե օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Կարող եք նաև զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:



- **Ուշադիր կարդացեք ծանուցումը** և հարցեր տվեք, եթե չեք հասկանում:
Ծանուցումը Ձեզ պատմում է Ձեր իրավունքների մասին՝ որպես հիվանդանոցի հիվանդ, ներառյալ Ձեր հետևյալ իրավունքները.
 - Ստանալ Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայություններ հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում և դրանից հետո: Դուք իրավունք ունեք իմանալ, թե որոնք են այդ ծառայությունները, ով է վճարելու դրանց համար և որտեղ կարող եք դրանք ստանալ:
 - Մասնակցել Ձեր հիվանդանոցում գտնվելու տևողության վերաբերյալ ցանկացած որոշման կայացմանը:
 - Իմանալ, թե որտեղ պետք է գեկուցել Ձեր ցանկացած մտահոգության մասին Ձեր հիվանդանոցային խնամքի որակի վերաբերյալ:
 - Բողոքարկել, եթե կարծում եք, որ շատ շուտ եք դուրս գրվում հիվանդանոցից:
- **Ստորագրեք ծանուցումը՝** ցույց տալու, որ ստացել եք այն և հասկանում եք Ձեր իրավունքները:
 - Դուք կամ Ձեր անունից գործող որևէ մեկը կարող եք ստորագրել ծանուցումը:
 - Ծանուցումը ստորագրելը **միայն** ցույց է տալիս, որ Դուք ստացել եք Ձեր իրավունքների մասին տեղեկությունները: Ստորագրելը **չի նշանակում**, որ Դուք համաձայնում եք դուրս գրման օրվան, որը Ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը Ձեզ հայտնել է:
- **Պահպանեք ստորագրված ծանուցագրի Ձեր պատճենը**, որպեսզի անհրաժեշտության դեպքում տեղեկությունները ունենաք:

Եթե Դուք ստորագրեք ծանուցումը հիվանդանոցից դուրս գրվելու օրվանից ավելի քան երկու օր առաջ, Դուք կստանաք ևս մեկ օրինակ՝ նախքան դուրս գրվելը:

Դուք կարող եք նախօրոք տեսնել ծանուցման պատճենը, եթե.

- Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի էջի ներքևի մասում նշված հեռախոսահամարներով
- Զանգահարեք Medicare 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)
հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:
- Այցելեք www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im:

Ի2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

Ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններն ավելի երկար ժամանակով ապահովագրելու համար բողոքարկեք: Որակի բարելավման կազմակերպությունը (QIO) վերանայում է 1-ին մակարդակի բողոքարկումը՝ պարզելու, թե արդյոք Ձեր դուրսգրման պլանավորված ամսաթիվը բժշկական տեսանկյունից համապատասխանում է Ձեր վիճակին:

QIO-ն բժիշկների և առողջապահության այլ մասնագետների խումբ է, որոնք վարձատրվում են դաշնային կառավարության կողմից: Այս փորձագետները ստուգում և օգնում են բարելավել Medicare-ի որակը մարդկանց համար: Դրանք մեր ծրագրի մաս չեն կազմում:

California-ում QIO-ն Commence Health-ն է: Զանգահարեք նրանց (877) 588-1123 [TTY՝ (855) 887-6668] հեռախոսահամարով: Կոնտակտային տվյալները նույնպես նշված են ծանուցման մեջ՝ «Կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից՝ Ձեր իրավունքների մասին» բաժնում, և **Գլուխ 2-ում**:

Զանգահարեք QIO-ին հիվանդանոցից դուրս գալուց առաջ և Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից ոչ ուշ:

- **Եթե զանգահարեք նախքան դուրս գալը**, կարող եք մնալ հիվանդանոցում Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո՝ առանց դրա համար վճարելու, մինչ սպասում եք Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ QIO-ի որոշմանը:
- **Եթե Դուք չեք զանգահարում բողոքարկելու**, և որոշում եք մնալ հիվանդանոցում Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո, Դուք կարող եք վճարել հիվանդանոցային խնամքի բոլոր ծախսերը, որոնք ստանում եք Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո:
- Քանի որ հիվանդանոցում մնալը ապահովագրված է և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի կողմից, եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չստանա Ձեր հիվանդանոցում մնալը շարունակելու խնդրանքը, կամ կարծում եք, որ Ձեր իրավիճակը հրատապ է, Ձեր առողջությանն անմիջական և լուրջ վտանգ է ներկայացնում, կամ Դուք սուր ցավ ունեք, կարող եք նաև բողոք ներկայացնել կամ խնդրել California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնից (DMHC) Անկախ բժշկական վերանայում: Խնդրում ենք ուսումնասիրել **Բաժին F4-ը**՝ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ից անկախ բժշկական վերանայում:

Օգնություն խնդրեք, եթե դրա կարիքն ունեք: Եթե ցանկացած պահի ունեք հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք.

- Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևի մասում գտնվող հեռախոսահամարներով:
- Զանգահարեք Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Խնդրեք արագ վերանայում: Գործեք արագ և դիմեք QIO-ին՝ խնդրելու արագ վերանայել Ձեր հիվանդանոցից դուրսգրումը:

«Արագ վերանայման» իրավական տերմինն է «անմիջական վերանայում» կամ «արագացված վերանայում»:

Ինչ է կատարվում արագ վերանայման ժամանակ

- QIO-ի վերանայողները հարցնում են Ձեզ կամ Ձեր ներկայացուցչին, թե ինչու եք կարծում, որ ապահովագրությունը պետք է շարունակվի պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո: Ձեզանից չի պահանջվում դիմում գրել, բայց կարող եք դա անել:
- Վերանայողներն ուսումնասիրում են Ձեր բժշկական տեղեկատվությունը, գրուցում Ձեր բժշկի հետ և վերանայում հիվանդանոցի և մեր ծրագրի տրամադրած տեղեկությունները:
- Կեսօրին այն բանից հետո, երբ վերանայողները կհայտնեն մեր ծրագրին Ձեր բողոքարկման մասին, Դուք նամակ կստանաք Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվի վերաբերյալ: Նամակը նաև պատճառաբանում է, թե ինչու Ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը և մենք կարծում ենք, որ դա ճիշտ դուրսգրման ամսաթիվն է, որը բժշկական առումով Ձեզ համար հարմար է:

Տվյալ գրավոր բացատրության իրավաբանական տերմինն է՝ **«Մանրամասն ծանուցում դուրսգրման վերաբերյալ»:** Նմուշը կարող եք ստանալ՝ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով կամ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048): Կարող եք նաև ծանոթանալ ծանուցման օրինակին առցանց՝ www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im:

Իրենց անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո մեկ ամբողջ օրվա ընթացքում QIO-ն Ձեզ տալիս է Ձեր բողոքարկման պատասխանը:

Եթե QIO-ն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք կտրամադրենք Ձեր ապահովագրված ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայությունները բժշկականորեն անհրաժեշտ են:



Եթե QIO-ն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Նրանք կարծում են, որ Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթիվը բժշկական տեսանկյունից համապատասխան է:
- Ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների մեր ապահովագրումը կավարտվի այն օրվա կեսօրին, երբ QIO-ն կպատասխանի Ձեր բողոքարկմանը:
- Դուք կարող եք ստիպված լինել վճարել հիվանդանոցային խնամքի ամբողջ արժեքը, որը Դուք ստանում եք կեսօրից հետո, այն օրվանից, երբ QIO-ը Ձեզ կպատասխանի Ձեր բողոքարկմանը:
- Դուք կարող եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել, եթե QIO-ն մերժի Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը և Դուք մնաք հիվանդանոցում Ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո:

Հ3. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու համար Դուք պետք է խնդրեք QIO-ին ևս մեկ անգամ ուսումնասիրել Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ իրենց կայացրած որոշումը: Զանգահարեք նրանց՝ 1-877-588-1123, [TTY՝ 1-855-887-6668]:

Դուք պետք է խնդրեք այս վերանայումը **60 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն օրվանից, երբ QIO-ն **Ոչ** է ասել Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը: Դուք կարող եք խնդրել այս վերանայումը **միայն**, եթե հիվանդանոցում մնաք այն ամսաթվից հետո, երբ Ձեր ապահովագրությունը ավարտվի:

QIO վերանայողները.

- Եվս մեկ անգամ ուշադիր կնայեն Ձեր բողոքարկման հետ կապված ողջ տեղեկատվությանը:
- Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման մասին իրենց որոշումը կհայտնեն Ձեզ երկրորդ վերանայման հարցումն ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե QIO-ն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք պետք է փոխհատուցենք Ձեզ հիվանդանոցային խնամքի ծախսերի մեր բաժինն այն օրվան հաջորդող օրվա կեսօրին, երբ QIO-ն մերժել է Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը:
- Մենք կտրամադրենք Ձեր ապահովագրված ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայությունները բժշկականորեն անհրաժեշտ են:



Եթե QIO-ն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Նրանք համաձայն են Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ իրենց որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք Ձեզ նամակ են տալիս, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և կատարել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում:
- Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել կամ խնդրել DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում՝ Ձեր հիվանդանոցում մնալը շարունակելու համար: Խնդրում ենք ուսումնասիրել **Բաժին F4-ը**՝ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ից անկախ բժշկական վերանայում:

ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորը վարում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումները: 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների բողոքարկումների մասին տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Բաժին J-ը**:

I. Խնդրել մեզ շարունակել ապահովագրել որոշակի բժշկական ծառայություններ

Այս բաժինը միայն երեք տեսակի ծառայությունների մասին է, որոնք Դուք կարող եք ստանալ՝

- տանը մատուցվող առողջապահական խնամքի ծառայություններ
- հմուտ բուժքույրական խնամք հմուտ բուժքույրական հաստատությունում, և
- վերականգնողական ամբուլատոր խնամք՝ Medicare-ի կողմից հաստատված CORF-ում: Սա սովորաբար նշանակում է, որ Դուք բուժում եք ստանում հիվանդության կամ դժբախտ պատահարի համար, կամ վերականգնվում եք լուրջ վիրահատությունից հետո:

Այս երեք տեսակի ծառայություններից որևէ մեկի դեպքում Դուք իրավունք ունեք ստանալ ապահովագրված ծառայություններ այնքան ժամանակ, քանի դեռ բժիշկն ասում է, որ դրանք Ձեզ անհրաժեշտ են:

Երբ մենք որոշենք դադարեցնել դրանցից որևէ մեկի լուսաբանումը, մենք պետք է դրա մասին հայտնենք Ձեզ **մինչև** Ձեզ մատուցվող ծառայությունների ավարտը: Երբ Ձեր ապահովագրական վճարումն ավարտվի այդ ծառայության համար, մենք կդադարենք վճարել դրա համար:

Եթե կարծում եք, որ մենք շուտով կդադարեցնենք Ձեր խնամքի ապահովագրական վճարումը, **կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը**: Այս բաժինը պատմում է Ձեզ, թե ինչպես պետք է բողոքարկել:

11. Նախնական ծանուցում նախքան Ձեր ապահովագրության ավարտը

Մենք Ձեզ գրավոր ծանուցում կուղարկենք, որը Դուք կստանաք Ձեր խնամքի համար վճարման ավարտից առնվազն երկու օր առաջ: Սա կոչվում է «Medicare-ի չապահովագրման մասին ծանուցում»: Ծանուցումը Ձեզ կհայտնի այն ամսաթիվը, երբ մենք կդադարեցնենք Ձեր խնամքի ապահովագրական վճարումները, և ինչպես բողոքարկել մեր որոշումը:

Դուք կամ Ձեր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք ծանուցումը՝ ցույց տալու, որ ստացել եք այն: Ծանուցումը ստորագրելը **միայն** ցույց է տալիս, որ Դուք ստացել եք Ձեր տեղեկատվությունը: Ստորագրելը **չի նշանակում**, որ Դուք համաձայն եք մեր որոշման հետ:

12. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

Եթե կարծում եք, որ մենք չափից շուտ ենք դադարեցնում Ձեր խնամքի ապահովագրությունը, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժինը Ձեզ պատմում է 1-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի և անելիքների մասին:

- **Պահպանեք ժամկետները:** Ժամկետները կարևոր են: Հասկացեք և հետևեք վերջնաժամկետներին, որոնք վերաբերում են այն գործերին, որոնք Դուք պետք է անեք: Մեր ծրագիրը նույնպես պետք է հետևի ժամկետներին: Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պահպանում մեր ժամկետները, կարող եք բողոք ներկայացնել: Ուսումնասիրեք **Բաժին K-ը**՝ բողոքարկումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- **Օգնություն խնդրեք, եթե դրա կարիքն ունեք:** Եթե ցանկացած պահի ունեք հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք.
 - Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևի մասում գտնվող հեռախոսահամարներով:
 - Զանգահարեք Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222:
- **Դիմեք QIO:**
 - Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք *Անդամի տեղեկագրքի Բաժին H2-ը* կամ **Գլուխ 2-ը**՝ QIO-ի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների և նրանց հետ կապ հաստատելու տվյալների համար:
 - Խնդրեք նրանց վերանայել Ձեր բողոքարկումը և որոշել՝ արդյոք փոխել մեր ծրագրի որոշումը:



- **Գործեր արագ և խնդրեք «արագ բողոքարկում»:** Հարցրեք QIO-ին, թե արդյոք բժշկական տեսանկյունից մեզ համար նպատակահարմար է դադարեցնել Ձեր բժշկական ծառայությունների ապահովագրումը:

Այս կազմակերպության հետ կապվելու Ձեր վերջնաժամկետը

- Դուք պետք է դիմեք QIO-ին՝ Ձեր բողոքարկումը սկսելու համար մինչև մեր ուղարկած «Medicare-ի ապահովագրական վճարների դադարեցման մասին ծանուցագրի» ուժի մեջ մտնելու օրվան նախորդող օրվա կեսօրը:
- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չստանա Ձեր խնդրանքը՝ շարունակելու Ձեր առողջապահական ծառայությունների ծածկույթը, կամ կարծում էք, որ Ձեր իրավիճակը հրատապ է կամ Ձեր առողջությանն անմիջական և լուրջ վտանգ է ներկայացնում, կամ եթե սուր ցավ ունեք, կարող եք բողոք ներկայացնել և խնդրել California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնից (DMHC) Անկախ բժշկական վերանայում: Խնդրում ենք ուսումնասիրել **Բաժին F4-ը**՝ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե ինչպես բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ից անկախ բժշկական վերանայում:

Գրավոր ծանուցման իրավական տերմինն է **«Medicare-ի չապահովագրման մասին ծանուցում»**: Նմուշի օրինակ ստանալու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված համարներով կամ զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Կամ ստացեք օրինակն առցանց՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices հղումով:

Ինչ է տեղի ունենում արագացված բողոքարկման ժամանակ

- QIO-ի վերանայողները հարցնում են Ձեզ կամ Ձեր ներկայացուցչին, թե ինչու եք կարծում, որ ապահովագրությունը պետք է շարունակվի: Ձեզանից չի պահանջվում դիմում գրել, բայց կարող եք դա անել:
- Վերանայողներն ուսումնասիրում են Ձեր բժշկական տեղեկատվությունը, գրուցում Ձեր բժշկի հետ և վերանայում մեր ծրագրի կողմից նրանց տրամադրած տեղեկությունները:
- Մեր ծրագիրը նաև Ձեզ գրավոր ծանուցում է ուղարկում, որտեղ բացատրվում է Ձեր ծառայությունների համար ապահովագրության ծածկույթը դադարեցնելու մեր պատճառները: Դուք ծանուցումը ստանում եք մինչև օրվա վերջ, երբ վերանայողները կտեղեկացնեն մեզ Ձեր բողոքարկման մասին:



Ծանուցման բացատրության իրավական տերմինն է «Չապահովագրման մանրամասն բացատրություն»:

- Վերանայողները տրամադրում են իրենց որոշումը մեկ ամբողջ օրվա ընթացքում՝ իրենց անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո:

Եթե QIO-ն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք կտրամադրենք Ձեր ապահովագրված ծառայությունները այնքան ժամանակ, որքան դրանք բժշկականորեն անհրաժեշտ կլինեն:

Եթե QIO-ն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Ձեր ապահովագրական ծածկույթն ավարտվում է այն ամսաթվով, որը մենք Ձեզ հայտնել ենք:
- Մենք դադարում ենք վճարել այս խնամքի ծախսերի մեր բաժինը ծանուցման ամսաթվից:
- Դուք ինքներդ եք վճարում այս խնամքի ամբողջ արժեքը, եթե որոշեք շարունակել տնային առողջապահական խնամքը, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամքը կամ CORF ծառայությունները Ձեր ապահովագրության ավարտից հետո:
- Դուք եք որոշում, թե արդյոք ցանկանում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:

13. 2-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելը

2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու համար Դուք պետք է խնդրեք QIO-ին ևս մեկ անգամ ուսումնասիրել Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ իրենց կայացրած որոշումը: Զանգահարեք նրանց՝ (877) 588-1123, [TTY՝ (855) 887-6668 հեռախոսահամարով:

Դուք պետք է խնդրեք այս վերանայումը **60 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն օրվանից, երբ QIO-ն **Ոչ** է ասել Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը: Դուք կարող եք խնդրել այս վերանայումը **միայն**, եթե շարունակեք խնամքն այն ամսաթվից հետո, երբ Ձեր ապահովագրությունը ավարտվեց:

QIO վերանայողները.

- Եվս մեկ անգամ ուշադիր կնայեն Ձեր բողոքարկման հետ կապված ողջ տեղեկատվությանը:
- Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման մասին իրենց որոշումը կհայտնեն Ձեզ երկրորդ վերանայման հարցումն ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:



Եթե QIO-ն ասում է **Այո** Ձեր բողոքարկմանը.

- Մենք Ձեզ կփոխհատուցենք Ձեր ստացած այն խնամքի ծախսերի մեր բաժինը, որը ստացել էք այն օրվանից հետո, երբ մենք տեղեկացրել ենք, որ Ձեր ապահովագրությունն ավարտվում է:
- Մենք ապահովագրություն կտրամադրենք խնամքի համար այնքան ժամանակ, որքան դա բժշկականորեն անհրաժեշտ է:

Եթե QIO-ն ասում է **Ոչ** Ձեր բողոքարկմանը.

- Նրանք համաձայն են Ձեր խնամքը դադարեցնելու մեր որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք Ձեզ նամակ են տալիս, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող էք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և կատարել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում:
- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում՝ շարունակելու Ձեր առողջական խնամքի ծառայությունների ապահովագրումը: Խնդրում ենք ուսումնասիրել **Բաժին F4-ը**՝ տեղեկանալու, թե ինչպես խնդրել DMHC-ից անկախ բժշկական վերանայում: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել՝ ի լրումն 3-րդ մակարդակի բողոքարկման կամ դրա փոխարեն:

ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորը վարում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումները: 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների բողոքարկումների մասին տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Բաժին J-ը**:

J. Ձեր բողոքարկումը 2-րդ մակարդակից դուրս

J1. Հաջորդ քայլերը Medicare-ի ծառայությունների և պարագաների համար

Եթե Դուք ներկայացրել եք 1-ին մակարդակի բողոքարկում և 2-րդ մակարդակի բողոքարկում Medicare-ի ծառայությունների կամ պարագաների համար, և Ձեր երկու բողոքարկումները մերժվել են, Դուք կարող եք լրացուցիչ մակարդակների բողոքարկման իրավունք ունենալ:

Եթե Ձեր բողոքարկած Medicare ծառայության կամ պարագայի դոլարային արժեքը չի համապատասխանում որոշակի նվազագույն դոլարային գումարին, Դուք այլևս չեք կարող բողոքարկել: Եթե դոլարային արժեքը բավականաչափ բարձր է, կարող եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Նամակը, որը Դուք ստանում եք IRO-ից Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար, բացատրում է, թե ում հետ կապվել և ինչ անել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում խնդրելու համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



3-րդ մակարդակի բողոքարկում

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակը ALJ-ի լսումն է: Որոշում կայացնողը ALJ կամ հաշտարար դատավոր է, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորն **Այո** ասի Ձեր բողոքարկմանը, մենք իրավունք ունենք բողոքարկել 3-րդ մակարդակի որոշումը, որը բարենպաստ է Ձեզ համար:

- Եթե մենք որոշենք **բողոքարկել** որոշումը, մենք Ձեզ կուղարկենք 4-րդ մակարդակի բողոքարկման հարցման պատճենը՝ բոլոր ուղեկցող փաստաթղթերով: Մենք կարող ենք սպասել 4-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշմանը, նախքան վիճելի ծառայությունը թույլատրելը կամ տրամադրելը:
- Եթե մենք որոշենք **չբողոքարկել** որոշումը, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք Ձեզ ծառայությունը ALJ-ի կամ հաշտարար դատավորի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
 - Եթե ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորը **Ոչ** ասի Ձեր բողոքարկմանը, բողոքարկման գործընթացը կարող է ավարտված չլինել:
- Եթե որոշեք **ընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող այս որոշումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեք **չընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող այս որոշումը, կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցումը Ձեզ կասի, թե ինչ անել 4-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:

4-րդ մակարդակի բողոքարկում

Medicare-ի Բողոքարկման խորհուրդը (Խորհուրդ) վերանայում է Ձեր բողոքարկումը և Ձեզ պատասխան տալիս: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մի մասն է:

Եթե Խորհուրդն **Այո** ասի Ձեր 4-րդ մակարդակի բողոքարկմանը կամ մերժում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումը վերանայելու Ձեզ համար նախընտրելի որոշումը, մենք իրավունք ունենք բողոքարկել 5-րդ մակարդակում:

- Եթե մենք որոշենք **բողոքարկել** որոշումը, մենք Ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք:
- Եթե մենք որոշենք **չբողոքարկել** որոշումը, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք Ձեզ ծառայությունը Խորհրդի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:



Եթե Խորհուրդը **Ոչ** ասի կամ մերժի վերանայման մեր խնդրանքը, բողոքարկման գործընթացը կարող է չավարտվել:

- Եթե որոշեք **ընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող այս որոշումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեք **չընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող որոշումը, կարող եք անցնել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցման մեջ Ձեզ կտեղեկացվի, թե արդյոք կարող եք շարունակել 5-րդ մակարդակի բողոքարկումը և ինչ անել:

5-րդ մակարդակի բողոքարկում

- Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կքննարկի Ձեր բողոքարկումը և ամբողջ տեղեկատվությունը և կորոշի **Այո** կամ **Ոչ**: Սա վերջնական որոշում է: Դաշնային շրջանային դատարանից դուրս բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:

J2. Լրացուցիչ Medi-Cal-ի բողոքարկումներ

Դուք նաև բողոքարկման այլ իրավունքներ ունեք, եթե Ձեր բողոքարկումը վերաբերում է ծառայություններին կամ ապրանքներին, որոնք սովորաբար փոխհատուցում է Medi-Cal-ը: Նամակը, որը Դուք ստանում եք Նահանգային լսումների բաժնից, Ձեզ կտեղեկացնի, թե ինչ անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

Եթե Դուք համաձայն չեք Նահանգային լսումների որոշման հետ և ցանկանում եք, որ մեկ այլ դատավոր վերանայի այն, կարող եք կրկնակի լսում խնդրել և/կամ դիմել դատական վերանայման: Վերապատրաստում խնդրելու համար գրավոր հարցում (նամակ) ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝ The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814 Այս նամակը պետք է ուղարկվի Ձեր որոշումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում: Այս վերջնաժամկետը կարող է երկարաձգվել մինչև 180 օր, եթե հետաձգման հարգելի պատճառ ունեք: Վերապատրաստման Ձեր խնդրանքում նշեք Ձեր որոշումը ստանալու ամսաթիվը և այն, թե ինչու պետք է տրվի կրկնակի լսում: Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ ապացույցներ ներկայացնել, նկարագրեք լրացուցիչ ապացույցները և բացատրեք, թե ինչու դրանք նախկինում չեն ներկայացվել և ինչպես դա կփոխի որոշումը: Օգնության համար կարող եք դիմել իրավաբանական ծառայություններին: Դատական վերանայում խնդրելու համար Դուք պետք է միջնորդություն ներկայացնեք Գերագույն դատարան (Քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 1094.5 հոդվածի համաձայն) Ձեր որոշումը ստանալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում: Ձեր միջնորդությունը ներկայացրեք Գերագույն դատարան Ձեր որոշման մեջ նշված վարչաշրջանի ընդդատությամբ: Դուք կարող եք ներկայացնել այս միջնորդությունը՝ առանց կրկնակի լսման պահանջի: Գրանցման վճարներ չեն պահանջվում: Դուք կարող եք կրել փաստաբանի ողջամիտ վճարներ և ծախսեր, եթե դատարանը վերջնական որոշում կայացնի Ձեր օգտին: Եթե կրկնակի լսում է տեղի ունեցել, և Դուք համաձայն չեք կրկնակի լսման որոշման հետ, Դուք կարող եք դիմել դատական վերանայման, բայց չեք կարող նորից պահանջել կրկնակի լսում:

Յ3. Բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակները՝ Medicare Մաս D-ի դեղերի հայտերի համար

Այս բաժինը կարող է ճիշտ լինել Ձեզ համար, եթե Դուք կատարել եք 1-ին և 2-րդ մակարդակի բողոքարկում, և Ձեր երկու բողոքարկումները մերժվել են:

Եթե Ձեր բողոքարկած դեղամիջոցի արժեքը համապատասխանում է որոշակի դոլարի չափին, Դուք կարող եք անցնել բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների: Նամակը, որը Դուք ստանում եք Ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար, բացատրում է, թե ում հետ կապվել և ինչ անել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում խնդրելու համար:

3-րդ մակարդակի բողոքարկում

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակը ALJ-ի լսումն է: Որոշում կայացնողը ALJ կամ հաշտարար դատավոր է, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորը **Այո** ասի Ձեր բողոքարկմանը.

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Մենք պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք հաստատված դեղի ապահովագրությունը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամ արագացված բողոքարկման համար) կամ վճարում կատարենք ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե ALJ-ը կամ հաշտարար դատավորը **Ոչ** ասի Ձեր բողոքարկմանը, բողոքարկման գործընթացը կարող է ավարտված չլինել:

- Եթե որոշեք **ընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող այս որոշումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեք **չընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող այս որոշումը, կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցումը Ձեզ կասի, թե ինչ անել 4-րդ մակարդակի բողոքարկման համար:

4-րդ մակարդակի բողոքարկում

Խորհուրդը վերանայում է Ձեր բողոքը և Ձեզ պատասխան է տալիս: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մի մասն է:

Եթե Խորհուրդն **Այո** ասի Ձեր բողոքարկմանը.

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:



- Մենք պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք հաստատված դեղի ապահովագրությունը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամ արագացված բողոքարկման համար) կամ վճարում կատարենք ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Խորհուրդը Ոչ ասի Ձեր բողոքարկմանը, կամ եթե Խորհուրդը մերժի վերանայման խնդրանքը, բողոքարկման գործընթացը կարող է չավարտվել:

- Եթե որոշեք **ընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող որոշումը, բողոքարկման գործընթացն ավարտված է:
- Եթե որոշեք **չընդունել** Ձեր բողոքարկումը մերժող որոշումը, կարող եք անցնել վերանայման գործընթացի հաջորդ մակարդակը: Ձեր ստացած ծանուցման մեջ Ձեզ կտեղեկացվի, թե արդյոք կարող եք շարունակել 5-րդ մակարդակի բողոքարկումը և ինչ անել:

5-րդ մակարդակի բողոքարկում

- Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կքննարկի Ձեր բողոքարկումը և ամբողջ տեղեկատվությունը և կորոշի **Այո** կամ **Ոչ**: Սա վերջնական որոշում է: Դաշնային շրջանային դատարանից դուրս բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:

K. Ինչպես բողոք ներկայացնել

K1. Ինչ տեսակի խնդիրների վերաբերյալ պետք է լինեն գանգատները

Գանգատի գործընթացն օգտագործվում է միայն որոշակի տեսակի խնդիրների համար, օրինակ՝ խնդիրներ խնամքի որակի, սպասման ժամանակի, խնամքի համակարգման և հաճախորդների սպասարկման առնչությամբ: Ահա բողոքարկման գործընթացում լուծվող խնդիրների տեսակների օրինակներ:

Գանգատ	Օրինակ
Ձեր բժշկական խնամքի որակ	• Դուք դժգոհ եք խնամքի որակից, օրինակ՝ հիվանդանոցում ստացած խնամքից:
Ձեր գաղտնիության պահպանումը	• Դուք կարծում եք, որ ինչ-որ մեկը չի հարգել Ձեր գաղտնիության իրավունքը կամ կիսվել է Ձեր մասին գաղտնի տեղեկություններով:



Գանգատ	Օրինակ
Անհարգալից վերաբերմունք, հաճախորդների վատ սպասարկում կամ այլ բացասական վարքագիծ	- Առողջական խնամքի մատակարարը կամ անձնակազմը կոպիտ կամ անհարգալից են եղել Ձեր հանդեպ: - Մեր անձնակազմը Ձեզ վատ է վերաբերվել: - Դուք կարծում եք, որ Ձեզ դուրս են մղում մեր ծրագրից:
Հասանելիություն և լեզվական օգնություն	- Ձեզ ֆիզիկապես հասանելի չեն բժշկի կամ մատակարարի գրասենյակի առողջական խնամքի ծառայություններն ու հաստատությունները: - Ձեր բժիշկը կամ մատակարարը թարգմանիչ չի տրամադրում անգլերենից բացի այն լեզվի համար, որով Դուք խոսում եք (օրինակ՝ ամերիկյան ժեստերի լեզուն կամ իսպաներեն): - Ձեր մատակարարը Ձեզ չի տալիս այլ ողջամիտ հարմարեցումներ, որոնց կարիքն ունեք և խնդրում եք:
Սպասման ժամանակ	- Դուք դժվարանում եք այց ստանալ կամ շատ երկար եք սպասել այն ստանալու համար: - Բժիշկները, դեղագործները կամ առողջապահական այլ մասնագետները, Հաճախորդների սպասարկում բաժինը կամ ծրագրի այլ աշխատակիցները Ձեզ շատ երկար են սպասեցնում:
Մաքրություն	Դուք կարծում եք, որ կլինիկան, հիվանդանոցը կամ բժշկի գրասենյակը մաքուր չէ:

Գանգատ	Օրինակ
Տեղեկատվություն, որը Դուք ստանում եք մեզանից	- Դուք կարծում եք, որ մենք չենք կարողացել Ձեզ ծանուցում կամ նամակ տրամադրել, որը Դուք պետք է ստանայիք: - Դուք կարծում եք, որ մեր ուղարկած գրավոր տեղեկատվությունը չափազանց դժվար է հասկանալ:
Ապահովագրական որոշումների կամ բողոքարկումների ժամանակին տրամադրումը	- Դուք կարծում եք, որ մենք չենք պահպանում ապահովագրական որոշում կայացնելու կամ Ձեր բողոքարկմանը պատասխանելու մեր ժամկետները: - Դուք կարծում եք, որ Ձեր օգտին ապահովագրական կամ բողոքարկման որոշում ստանալուց հետո մենք չենք պահպանում ծառայությունը հաստատելու կամ տրամադրելու կամ որոշակի բժշկական ծառայությունների համար Ձեզ փոխհատուցելու ժամկետները: - Դուք չեք կարծում, որ մենք Ձեր գործը ժամանակին ենք ուղարկել IRO:

Կան տարբեր տեսակի գանգատներ: Դուք կարող եք ներքին և/կամ արտաքին գանգատ ներկայացնել: Ներքին գանգատ է ներկայացվում և վերանայվում մեր ծրագրի կողմից: Արտաքին գանգատ է ներկայացվում և վերանայվում մեր ծրագրին չփոխկապակցված կազմակերպության կողմից: Եթե ներքին և/կամ արտաքին գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք, կարող եք գանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711):

«Գանգատի» իրավաբանական տերմինը «**բողոք**» է:

«Գանգատ ներկայացնելու» իրավաբանական տերմինը «**բողոք ներկայացնելն**» է:

Կ2. Ներքին զանգատներ

Ներքին զանգատ ներկայացնելու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711): Դուք կարող եք զանգատ ներկայացնել ցանկացած ժամանակ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ խոսքը վերաբերում է Medicare Մաս D դեղերին: Եթե զանգատը վերաբերում է Medicare Մաս D դեղերին, ապա Դուք պետք է այն ներկայացնեք **60 օրացուցային** օրվա ընթացքում, երբ խնդիրը սկսել է, որի մասին ցանկանում եք բողոքել:

- Եթե կա որևէ այլ բան, որը Դուք պետք է անեք, Հաճախորդների սպասարկման բաժինը Ձեզ կասի:
- Կարող եք նաև գրել Ձեր բողոքը և ուղարկել մեզ: Եթե Ձեր բողոքը գրավոր ներկայացնեք, մենք Ձեր բողոքին գրավոր կպատասխանենք:
- Ահա, թե ինչպես.

- Քայլ 1. Բողոք ներկայացրեք
- Գործընթացը սկսելու համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի ներկայացուցչին միջոցառումից հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում և խնդրեք բողոք ներկայացնել: Դուք կարող եք նաև գրավոր բողոք ներկայացնել դեպքից հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ այն ուղարկելով հետևյալ հասցեին՝

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856

- Ֆաքսով. 916-350-6510
- Եթե մեզ հետ կապվում եք ֆաքսով կամ փոստով, խնդրում ենք զանգահարել մեզ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Բողոքարկման և բողոքների ձևաթուղթը խնդրելու համար: Մենք Ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ մենք ստացել ենք Ձեր մտահոգության մասին ծանուցումը 5 օրացուցային օրվա ընթացքում և Ձեզ կտրամադրենք այն անձի անունը, ով աշխատում է դրա վրա: Մենք սովորաբար այն կլուծենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե Դուք խնդրում եք «արագացված բողոք» կամ «արագ որոշում» կամ «արագ բողոքարկում», Ձեր բողոքարկումը/բողոքը ներկայացրեք՝ գրելով վերոնշյալ 1-ին կետում նշված հասցեով կամ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711)

հեռախոսահամարով: «Արագացված բողոքի», կամ «արագ որոշման», կամ «արագ բողոքարկման» համար մենք Ձեզ մեր պատասխանը պետք է տանք Ձեր բողոքարկումը/բողոքը գրավոր ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում կամ զանգահարելով մեզ: Մենք Ձեզ ավելի շուտ կտանք մեր պատասխանը, եթե Ձեր առողջական վիճակը դա պահանջի: Եթե Դուք խնդրում եք «արագացված բողոք», քանի որ մենք որոշել ենք չտալ Ձեզ «արագ որոշում» կամ «արագ բողոքարկում», մենք Ձեր հարցումը կուղարկենք բժշկական տնօրենին, որը ներգրավված չի եղել մեր սկզբնական որոշման մեջ: Մենք կարող ենք հարցնել՝ արդյոք ունեք լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք հասանելի չեն եղել «արագ նախնական որոշում» կամ «արագ բողոքարկում» խնդրելու պահին: Բժշկական տնօրենը կուսումնասիրի Ձեր հարցումը և կորոշի, թե արդյոք մեր սկզբնական որոշումը տեղին էր: Մենք մեր որոշմամբ Ձեզ նամակ կուղարկենք՝ «արագացված բողոքի» վերաբերյալ Ձեր խնդրանքից հետո 24 ժամվա ընթացքում: Մենք պետք է անդրադառնանք Ձեր բողոքին այնքան արագ, որքան պահանջում է Ձեր գործը՝ ելնելով Ձեր առողջական վիճակից, բայց ոչ ուշ, քան Ձեր բողոքը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- **Քայլ 2. Բողոքի լսում**

- Եթե Դուք գոհ չեք խնամքի որակի հետ կապված Ձեր բողոքի լուծումից, կարող եք գրավոր հարցում ներկայացնել Blue Shield Medicare-ի բողոքարկման և բողոքների բաժին՝ բողոքի լսման համար: Ձեր գրավոր հարցումից հետո 31 օրացուցային օրվա ընթացքում մենք կհավաքենք երդվյալ ատենակալների կազմ՝ Ձեր գործը լսելու համար: Դուք կհրավիրվեք մասնակցելու լսումներին, որոնք ներառում են չներգրավված բժիշկ և Բողոքարկման և բողոքների լուծման բաժնի ներկայացուցիչ: Կարող եք մասնակցել անձամբ կամ հեռակոնֆերանսի միջոցով: Լսումից հետո մենք Ձեզ կուղարկենք վերջնական որոշման նամակ: Եթե գոհ չեք Ձեր բողոքի լուծումից, որը չի ներառում խնամքի որակը, ինչպիսիք են սպասման ժամանակը, անհարգալից վերաբերմունքը, հաճախորդների սպասարկումը կամ մաքրությունը, կարող եք կապվել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ լրացուցիչ վերանայում խնդրելու համար:

«Արագ գանգատի» իրավական տերմինն է «արագացված բողոք»:

Հնարավորության դեպքում մենք Ձեզ անմիջապես կպատասխանենք: Եթե Դուք գանգահարեք մեզ բողոքելու, մենք կարող ենք պատասխանել Ձեզ նույն հեռախոսագանգի սահմաններում: Եթե Ձեր առողջական վիճակը պահանջում է, որ մենք արագ պատասխանենք, մենք դա կանենք:

- Գանգատների մեծ մասին մենք պատասխանում ենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե մենք որոշում չընդունենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, քանի որ մեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ, մենք Ձեզ գրավոր ծանուցում ենք: Մենք նաև տրամադրում ենք կարգավիճակի թարմացում և պատասխանը ստանալու գնահատված ժամանակը:
- Եթե Դուք գանգատ ներկայացնեք, քանի որ մենք մերժել ենք «արագ ապահովագրական որոշման» կամ «արագ բողոքարկման» Ձեր խնդրանքը, մենք ավտոմատ կերպով Ձեզ «արագ գանգատ» կտանք և կպատասխանենք Ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե Դուք գանգատներ կայացնեք, քանի որ մենք լրացուցիչ ժամանակ ենք պահանջել ապահովագրական որոշում կայացնելու կամ բողոքարկելու համար, մենք ավտոմատ կերպով Ձեզ «արագ գանգատ» կտանք և կպատասխանենք Ձեր գանգատին 24 ժամվա ընթացքում:

Եթե մենք համաձայն չլինենք Ձեր բողոքի մի մասի կամ ամբողջի հետ, մենք Ձեզ կպատմենք և կներկայացնենք մեր պատճառները: Մենք պատասխանում ենք՝ համաձայն ենք բողոքի հետ, թե ոչ:

K3. Արտաքին գանգատներ

Medicare

Դուք կարող եք տեղեկացնել Medicare-ին Ձեր գանգատի մասին կամ ուղարկել այն Medicare-ին: Medicare-ի գանգատի ձևաթուղթը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝ www.medicare.gov/my/medicare-complaint: Դուք կարիք չունեք գանգատ ներկայացնել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին՝ նախքան Medicare-ում գանգատ ներկայացնելը:

Medicare-ը լուրջ է վերաբերվում Ձեր գանգատներին և օգտագործում է այս տեղեկատվությունը Medicare ծրագրի որակը բարելավելու համար:

Եթե ունեք որևէ այլ կարծիք կամ մտահոգություն, կամ եթե կարծում եք, որ առողջապահական ծրագիրը չի լուծում Ձեր խնդիրը, կարող եք նաև գանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048: Հեռախոսագանգն անվճար է:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք գանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Medi-Cal

Դուք կարող եք զանգատ ներկայացնել California-ի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժնի (DHCS) Medi-Cal Կառավարվող խնամքի Ombudsman-ին՝ զանգահարելով 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Զանգահարեք երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժին (DMHC): DMHC-ն պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի կարգավորման համար: Դուք կարող եք զանգահարել DMHC Օգնության կենտրոն՝ Medi-Cal ծառայությունների վերաբերյալ զանգաստներին առնչվող օգնության համար: Ոչ հրատապ հարցերի դեպքում Դուք կարող եք զանգատ ներկայացնել DMHC-ին, եթե համաձայն չեք Ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման որոշման հետ, կամ եթե ծրագիրը չի լուծել Ձեր զանգատը 30 օրացուցային օր հետո: Սակայն, Դուք կարող եք կապվել DMHC-ի հետ՝ առանց 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու, եթե օգնության կարիք ունեք որևէ հրատապ խնդրի կամ այն զանգատի առնչությամբ, որը անմիջական և լուրջ վտանգ է ներկայացնում Ձեր առողջությանը, եթե Դուք սուր ցավ ունեք, եթե համաձայն չեք մեր ծրագրի որոշման հետ Ձեր զանգատի վերաբերյալ, կամ եթե մեր ծրագիրը չի լուծել Ձեր զանգատը 30 օրացուցային օր հետո:

Ահա Օգնության կենտրոնից աջակցություն ստանալու երկու եղանակ.

- Զանգահարեք 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: Այն անհատները, որոնք խուլ են, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեն, կարող են օգտվել անվճար TTY համարից՝ 1-877-688-9891: Հեռախոսազանգն անվճար է:
- Այցելեք Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնի կայքը (www.dmhc.ca.gov):

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (OCR)

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի (HHS) OCR-ին, եթե կարծում եք, որ Ձեզ արդար չեն վերաբերվել: Օրինակ, Դուք կարող եք զանգատ ներկայացնել հաշմանդամության հասանելիության կամ լեզվական օգնության վերաբերյալ: OCR-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-368-1019: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697: Այցելեք www.hhs.gov/ocr կայքը՝ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Կարող եք նաև դիմել տեղական OCR գրասենյակ հետևյալ հասցեով՝

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103



Հաճախորդի արձագանքման կենտրոն՝ 1-800-368-1019
Ֆաքսով՝ 202-619-3818
TTY՝ 1-800-537-7697
Էլ. փոստ՝ ocrmail@hhs.gov

Դուք կարող եք նաև իրավունքներ ունենալ Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների մասին օրենքի (ADA) և 2008 թ. Փոփոխությունների մասին օրենքի համաձայն (P.L. 110-325): Օգնության համար կարող եք դիմել Medi-Cal Ombuds Program-ին: Հեռախոսահամարն է՝ 1-888-452-8609:

ՂԾՈ

Երբ Ձեր գանգատը վերաբերում է խնամքի որակին, Դուք ունեք երկու ընտրություն.

- Դուք կարող եք խնամքի որակի վերաբերյալ Ձեր գանգատը ներկայացնել անմիջապես ՂԾՈ-ին:
- Դուք կարող եք Ձեր գանգատը ներկայացնել ՂԾՈ-ին և մեր ծրագրին: Եթե Դուք գանգատ եք ներկայացնում ՂԾՈ-ին, մենք աշխատում ենք նրանց հետ՝ լուծելու Ձեր գանգատը:

ՂԾՈ-ն պրակտիկ բժիշկների և առողջապահական այլ փորձագետների խումբ է, որը վարձատրվում է դաշնային կառավարության կողմից՝ ստուգելու և բարելավելու Medicare հիվանդներին տրվող խնամքը: ՂԾՈ-ի մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք **Բաժին H2-ը** կամ ուսումնասիրեք այս *Սնդամի տեղեկագրի Գլուխ 2-ը*:

California-ում ՂԾՈ-ն կոչվում է Commence Health: Commence Health-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-877-588-1123 [TTY՝ 1-855-887-6668]:

Գլուխ 10. Մեր ծրագրին ձեր անդամակցության դադարեցումը

Ներածություն

Այս գլուխը բացատրում է, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին և Ձեր առողջության ապահովագրման տարբերակներին՝ մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո: Եթե դուրս գաք մեր ծրագրից, Դուք դեռ կմնաք Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ համապատասխանում եք դրանց համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Երբ կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին.....	331
B. Ինչպես դադարեցնել անդամակցությունը մեր ծրագրին	332
C. Ինչպես առանձին ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայությունները	333
C1. Ձեր Medicare ծառայությունները	333
C2. Ձեր Medi-Cal ծառայությունները	338
D. Ձեր բժշկական պարագաները, ծառայություններն ու դեղերը մինչև մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության ավարտը	338
E. Այլ իրավիճակներ, երբ ավարտվում է Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին	338
F. Կանոններ, որոնք թույլ չեն տալիս մեզ խնդրել Ձեզ հեռանալ մեր ծրագրից առողջության հետ կապված որևէ պատճառով	341
G. Ձեր իրավունքը՝ բողոք ներկայացնելու, եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին	341
H. Ինչպես ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ Ձեր ծրագրի անդամակցության դադարեցման մասին.....	341



A. Երբ կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին

Medicare-ից օգտվող մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում: Քանի որ Դուք ունեք Medi-Cal, Դուք ունեք որոշ ընտրություն դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին տարվա ցանկացած ամսում:

Ի հավելումս, Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին հետևյալ ժամանակահատվածներում.

- **Անդամագրման բաց ժամանակահատված**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա մեր ծրագրին Ձեր անդամակցությունը կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ Ձեր անդամակցությունը նոր ծրագրին ուժի մեջ կմտնի հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA) Անդամագրման բաց ժամանակահատված**, որը տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, ինչպես նաև Medicare-ի նոր շահառուների համար, ովքեր գրանցված են ծրագրում՝ Մաս A-ին և Մաս B-ին անդամագրման ամսվանից մինչև անդամագրման 3-րդ ամսվա վերջին օրը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա նոր ծրագրին Ձեր անդամակցությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Կարող են լինել նաև այլ իրավիճակներ, երբ Դուք հնարավորություն կունենաք փոփոխություն կատարել Ձեր անդամակցության մեջ: Օրինակ, այն դեպքում, երբ՝

- Դուք տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս,
- Medi-Cal-ին կամ Extra Help-ին Ձեր իրավունակությունը փոխվել է, **կամ**
- Եթե վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս խնամք եք ստանում կամ պարզապես դուրս եք գրվել խնամքի հաստատությունից կամ հիվանդությունից՝ երկարատև բուժում ստանալուց հետո:

Ձեր անդամակցությունը կավարտվի ամսվա վերջին օրը, երբ մենք ստանանք Ձեր խնդրանքը՝ մեր ծրագրից դուրս գալու վերաբերյալ: Օրինակ, եթե մենք ստանանք Ձեր հարցումը հունվարի 18-ին, ապա մեր ծրագրում Ձեր ապահովագրությունը կավարտվի հունվարի 31-ին: Եթե Դուք անդամագրվեք մեկ այլ ծրագրի, Ձեր նոր ծածկույթը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը (այս օրինակում՝ փետրվարի 1-ին):

Եթե դուրս գաք մեր ծրագրից, ապա կարող եք ստանալ հետևյալ տեղեկությունները.

- Medicare-ի տարբերակները առկա են **Բաժին C1-ի** աղյուսակում:
- Medi-Cal-ի տարբերակների և ծառայությունների մասին **Բաժին C2-ում**:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ այն մասին, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը՝ զանգահարելով:

- Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողների հեռախոսահամարը նույնպես նշված է:
- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:
- Զանգահարեք California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP կայքը: Առողջական խնամքի ընտրանքներ՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 18:00: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077:
- Medi-Cal-ի Կառավարվող խնամքի օմբուդսմենին՝ 1-888-452-8609 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00, կամ էլ՝ փոստով՝ MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov:

ՆՇՈՒՄ. Եթե Դուք Դեղերի կառավարման ծրագրում (DMP) եք, հնարավոր է չկարողանաք փոխել ծրագրերը: Դեղերի կառավարման ծրագրերի մասին տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը*:

B. Ինչպես դադարեցնել անդամակցությունը մեր ծրագրին

Եթե որոշեք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը, կարող եք դա անել Medicare-ի մեկ այլ ծրագրի անդամագրվելով կամ անցնելով Original Medicare-ին: Սակայն, եթե Դուք ցանկանում եք անցնել մեր պլանից Original Medicare-ի, բայց չեք ընտրել Medicare դեղերի առանձին ծրագիր, Դուք պետք է խնդրեք, որ Ձեզ դուրս հանեն մեր ծրագրից: Կա երկու եղանակ, որոնցով կարող եք խնդրել, որ Ձեր անդամակցությունը դադարեցվի:

- Դուք կարող եք մեզ գրավոր հարցում ուղարկել: Կապվեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով, եթե դա անելու եղանակի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք:
- Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները (մարդիկ, ովքեր դժվարանում են լսել կամ խոսել) պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Երբ զանգահարում եք 1-800-MEDICARE, կարող եք նաև գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ առողջապահական կամ դեղորայքային պլանում: Մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո Ձեր Medicare ծառայությունները ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունները ներկայացված են 295-րդ էջի աղյուսակում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Զանգահարեք Առողջական խնամքի ընտրանքներ՝ 1-844-580-7272
հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 18:00: TTY-ից օգտվողները
պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077:
- Ստորև **Բաժին C-ն** ներառում է քայլեր, որոնք Դուք կարող եք ձեռնարկել այլ
ծրագրում գրանցվելու համար, և դրանք նույնպես կավարտեն Ձեր
անդամակցությունը մեր ծրագրին:

C. Ինչպես առանձին ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայությունները

Դուք ունեք Ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները ստանալու ընտրություն, եթե որոշեք
դադարեցնել Ձեր մասնակցությունը մեր ծրագրին:

C1. Ձեր Medicare ծառայությունները

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ տարվա ցանկացած ամսից ստորև թվարկված Ձեր Medicare
ծառայություններից օգտվելու համար: Դուք ունեք ստորև նշված լրացուցիչ տարբերակը
տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում, ներառյալ **Անդամագրման բաց
Ժամանակահատվածը** և **Medicare Advantage-ի Անդամագրման բաց ժամանակահատվածը**,
կամ **Բաժին A-ում** նկարագրված այլ իրավիճակներ: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝
Դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:



1. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին. Medicare Medi-Cal ծրագիրը (Medi-Medi Plan) Medicare Advantage ծրագրի տեսակ է: Այն այնպիսի մարդկանց համար է, որոնք ունեն և՛ Medicare, և՛ Medi-Cal, և համատեղում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ ծրագրի մեջ: Medi-Medi ծրագրերը համակարգում են բոլոր նպաստներն ու ծառայությունները երկու ծրագրերում, ներառյալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրված բոլոր ծառայությունները կամ Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագիրը (PACE), եթե Դուք համապատասխանում եք դրան: Նշում. Medi-Medi Plan տերմինը California-ում ինտեգրված երկակի իրավունակ հատուկ կարիքների ծրագրերի (D-SNP) անվանումն է:	Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) վերաբերյալ հարցերի դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով: Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Զանգահարեք California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը: ԿԱՄ Գրանցվեք նոր Medi-Medi Plan-ում: Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր Medicare ծրագրից, երբ ուժի մեջ մտնի Ձեր նոր ծրագրի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը կփոխվի Ձեր Medi-Medi Plan-ին համապատասխան:
--	--



2. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին. Original Medicare՝ Medicare-ի դեղերի առանձին ծրագրով և Medi-Cal ծրագրով:	Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Զանգահարեք California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը: ԿԱՄ Գրանցվեք Medicare-ի դեղերի նոր ծրագրում: Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ սկսի գործել Ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը: Դուք կմնաք գրանցված Ձեր Medi-Cal ծրագրում, եթե չընտրեք այլ ծրագիր:
---	---



3. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին. Original Medicare՝ առանց Medicare դեղերի առանձին ծրագրի, եթե ունեք ծրագրից դուրս գալու վավեր պատճառ ՆՇՈՒՄ. Եթե Դուք անցնեք Original Medicare-ին և չգրանցվեք Medicare դեղերի առանձին ծրագրում, Medicare-ը կարող է գրանցել Ձեզ դեղերի ծրագրում, քանի դեռ չեք հայտնել իրենց, որ չեք ցանկանում միանալ այդ ծրագրին: Դուք պետք է դեղատոմսով դեղերի ապահովագրությունից հրաժարվեք միայն այն դեպքում, եթե դեղերի ապահովագրություն ունեք այլ աղբյուրից, օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից: Եթե հարցեր ունեք այն մասին, թե արդյոք Ձեզ անհրաժեշտ է դեղերի ապահովագրություն, զանգահարեք California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը:	Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Զանգահարեք California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը: Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ սկսի գործել Ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը: Դուք կմնաք գրանցված Ձեր Medi-Cal ծրագրում, եթե չընտրեք այլ ծրագիր:
---	---



4. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին. Տեղափոխում Medicare-ի ցանկացած առողջապահական ծրագիր տարվա մեջ որոշակի անգամներ՝ ներառյալ Անդամագրման բաց ժամանակահատվածը և Medicare Advantage-ի Անդամագրման բաց ժամանակահատվածը կամ Բաժին A-ում նկարագրված այլ իրավիճակ:	Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել. Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) վերաբերյալ հարցերի դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով: Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Զանգահարեք California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/ կայքը: ԿԱՄ Գրանցվեք Medicare-ի նոր ծրագրում: Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր Medicare ծրագրից, երբ ուժի մեջ մտնի Ձեր նոր ծրագրի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը կարող է փոխվել:
--	--



C2. Ձեր Medi-Cal ծառայությունները

Մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո Medi-Cal-ի Ձեր ծառայություններն ստանալու հետ կապված հարցերի վերաբերյալ դիմեք Առողջական խնամքի ընտրանքներ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 18:00: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077: Կամ այցելեք www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en կայք: Խնդրում ենք ճշտել, թե ինչպես է մեկ այլ ծրագրին միանալը կամ Original Medicare-ին վերադառնալը ազդում Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրությունը ստանալու վրա:

D. Ձեր բժշկական պարագաները, ծառայություններն ու դեղերը մինչև մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության ավարտը

Եթե Դուք հեռանաք մեր ծրագրից, կարող է ժամանակ պահանջվել, մինչև Ձեր անդամակցությունն ավարտվի և սկսվի Ձեր նոր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրությունը: Այս ընթացքում Դուք կշարունակեք ստանալ Ձեր դեղերը և առողջապահական խնամքը մեր ծրագրի միջոցով, մինչև սկսվի Ձեր նոր ծրագիրը:

- Բժշկական օգնություն ստանալու համար օգտվեք մեր ցանցի մատակարարների ծառայություններից:
- Օգտագործեք մեր ցանցի դեղատները, ներառյալ տուն առաքման մեր դեղատնային ծառայությունները, որպեսզի լրացնեք Ձեր դեղատոմսերը:
- Եթե Դուք հոսպիտալացվեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Ձեր անդամակցության ավարտի օրը, մեր ծրագիրը կփոխհատուցի Ձեր հիվանդանոցում մնալը մինչև դուրս գրվելը: Դա տեղի կունենա, նույնիսկ եթե Ձեր նոր առողջական ապահովագրությունը սկսվի նախքան դուրս գրվելը:

E. Այլ իրավիճակներ, երբ ավարտվում է Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին

Սրանք այն դեպքերն են, երբ մենք պետք է դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին.

- Եթե Ձեր Medicare Մաս A-ի և Medicare Մաս B-ի ապահովագրության մեջ դադար կա:
- Եթե Դուք այլևս չեք համապատասխանում Medi-Cal-ի պահանջներին: Մեր ծրագիրը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր համապատասխանում են և՛ Medicare-ին, և՛ Medi-Cal-ին: Նշում. եթե Դուք այլևս չեք համապատասխանում Medi-Cal-ի պահանջներին, կարող եք ժամանակավորապես շարունակել մնալ մեր ծրագրում Medicare-ի նպաստներով (խնդրում ենք ծանոթանալ ստորև ներկայացված տեղեկատվությանը գործողության ժամկետի վերաբերյալ):

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Medicare-ի շահառուները, ովքեր ընդգրկված են Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում, պետք է իրավասու լինեն և՛ Medicare Մաս A-ի և՛ Մաս B-ի, նաև Medi-Cal-ի (Medicaid) համար: Եթե Դուք այլևս իրավունակ չեք Medi-Cal (Medicaid) ստանալու համար, մենք Ձեզ կտեղեկացնենք Medi-Cal (Medicaid) կարգավիճակի կորստի մասին և կշարունակենք վճարել Ձեր Medicare նպաստները, մինչև որ կարողանաք վերադարձվել Medi-Cal (Medicaid) համար հատուկ կարիքների կարգավիճակի կորստի մասին ծանուցումից հետո հաջորդող 6 ամսվա ընթացքում: Դուք կարող եք տեսնել Ձեր սեփական ծախսերի ավելացում (համաապահովագրություն, համավճար, հավելավճարներ կամ նվազեցումներ) այն 6 ամիսների ընթացքում, երբ Դուք դեռ ծրագրում եք, բայց չունեք Medi-Cal ապահովագրություն:
- Մենք ընդլայնում ենք մեր ոչ HMO D-SNP պլաններից մեկին անցնելու հնարավորությունը: Ոչ HMO D-SNP ծրագիրն առաջարկվում է այն շահառուներին, ովքեր իրավունք ունեն և՛ Medicare Մաս A-ի, և՛ Medicare Մաս B-ի, բայց չունեն Medi-Cal (Medicaid) նպաստների իրավունք: Medicare-ը թույլ է տալիս Անդամագրման հատուկ ժամանակահատված (SEP) Medicare-ի շահառուների համար, ովքեր այլևս իրավասու չեն Medi-Cal (Medicaid) ստանալու համար:
- Եթե Դուք չեք վերադարձվել Medi-Cal-ի (Medicaid) կամ ընդունում եք հնարավորություն անցնելու ոչ HMO D-SNP ծրագրին հատուկ կարիքների կարգավիճակի կորստի մասին ծանուցումից հետո 6 ամսվա ընթացքում, Դուք ականա դուրս կգրվեք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ից:
- Եթե Դուք տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:
- Եթե Դուք բացակայեք մեր սպասարկման տարածքից ավելի քան վեց ամիս:
 - Եթե տեղափոխվում եք կամ երկար ճանապարհորդում եք, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ պարզելու, թե արդյոք ուր տեղափոխվում կամ ճանապարհորդում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքում է:
- Եթե Դուք բանտ գնաք քրեական հանցագործության համար:
- Եթե Դուք ստեք կամ թաքցնեք այլ ապահովագրության մասին տեղեկությունները, որոնք ունեք դեղերի համար:
- Եթե Դուք United States-ի քաղաքացի կամ ազգային պատկանելություն չունեք կամ իրավասու ոչ քաղաքացի եք:
 - Մեր ծրագրի անդամ լինելու համար Դուք պետք է լինեք United States-ի քաղաքացի կամ ազգային, կամ իրավասու ոչ քաղաքացի:



- Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները (CMS) կտեղեկացնեն մեզ, եթե Դուք իրավունակ չեք այս հիմքով անդամ մնալ:
- Եթե Դուք չբավարարեք այս պահանջը, մենք պետք է հեռացնենք Ձեզ:

Եթե կորցնեք Ձեր Medi-Cal-ի իրավունակությունը, բայց ակնկալվի, որ այն կվերականգնեք 6 ամսվա ընթացքում, մենք կշարունակենք տրամադրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կողմից ապահովագրված Medicare բոլոր նպաստները: Երբ Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրությունն ավարտվի, մենք չենք վճարի Ձեր Medi-Cal-ի նպաստների համար: Սա նաև նշանակում է, որ Ձեր գրպանից արվող ծախսերը, ինչպիսիք են համավճարները, ապահովագները, չհատուցվող գումարները, ավելի շատ արժեն այն ամիսների ընթացքում, երբ Դուք կորցրել եք Medi-Cal ապահովագրությունը: Հավելյալ տեղեկություններ ստանալու և Medi-Cal-ին իրավունակության թարմացման հարցում օգնություն ստանալու համար դիմեք Blue Shield Երկակի պահպանման թիմին՝ (844) 378-4181 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 08:00-ից 17:00, երկուշաբթիից ուրբաթ:

Մենք կօգնենք Ձեզ վերականգնել Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը և Medi-Cal-ի նպաստները: Եթե Ձեր Medi-Cal-ի իրավասությունը վերականգնվի, մինչ Դուք դեռ անդամագրված լինեք մեզ մոտ Ձեր Medicare ապահովագրության համար, մենք կվերանայենք Ձեր Medi-Cal-ի նպաստների վճարումը, և մեզ մոտ Ձեր անդամագրումը կշարունակվի: Եթե չեք կարող Medi-Cal վերականգնել 6 ամսվա ընթացքում, մենք Ձեզ կհեռացնենք Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ից: Եթե ապանդամագրվելուց հետո վերադարձնեք Medi-Cal-ի իրավասությունը, պարտավոր կլինեք կապվել մեզ հետ՝ ծրագրում անդամագրվելու համար:

Մենք կարող ենք Ձեզ ստիպել լքել մեր ծրագիրը հետևյալ պատճառներով միայն այն դեպքում, եթե նախ թույլտվություն ստանանք Medicare-ից և Medi-Cal-ից.

- Եթե Դուք միտումնավոր սխալ տեղեկատվություն եք տալիս մեզ, երբ գրանցվում եք մեր պլանում, և այդ տեղեկատվությունը ազդում է մեր ծրագրին Ձեր իրավասության վրա:
- Եթե Դուք շարունակաբար այնպիսի վարքագիծ եք դրսևորում, որը խանգարում է Ձեզ և մեզ համար դժվարացնում է Ձեր և մեր ծրագրի այլ անդամներին բժշկական օգնություն ցուցաբերելը:
- Եթե թույլ եք տալիս մեկ ուրիշին օգտագործել Ձեր Անդամի նույնականացման (ID) քարտը բժշկական օգնություն ստանալու համար: (Medicare-ը կարող է խնդրել Գլխավոր տեսուչին հետաքննել Ձեր գործը, եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունն այս պատճառով):



F. Կանոններ, որոնք թույլ չեն տալիս մեզ խնդրել Ձեզ հեռանալ մեր ծրագրից առողջության հետ կապված որևէ պատճառով

Մենք չենք կարող Ձեզ խնդրել հեռանալ մեր ծրագրից Ձեր առողջությանն առնչվող որևէ պատճառով: Եթե կարծում եք, որ մենք խնդրում ենք Ձեզ լքել մեր ծրագիրը առողջությանն առնչվող պատճառներով, **զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):** TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

G. Ձեր իրավունքը՝ բողոք ներկայացնելու, եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին

Եթե մենք դադարեցնենք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին, մենք պետք է գրավոր տեղեկացնենք Ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մեր պատճառները: Մենք պետք է նաև բացատրենք, թե ինչպես կարող եք բողոք ներկայացնել կամ բողոքարկել Ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մեր որոշումը: Դուք կարող եք նաև ուսումնասիրել այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը*՝ բողոք ներկայացնելու մասին տեղեկությունների համար:

H. Ինչպես ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ Ձեր ծրագրի անդամակցության դադարեցման մասին

Եթե ունեք հարցեր կամ ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ անդամակցության դադարեցման վերաբերյալ, կարող եք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

Գլուխ 11. Իրավաբանական ծանուցումներ

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է իրավական ծանուցումները, որոնք վերաբերում են մեր ծրագրին Ձեր անդամակցությանը: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները նշված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Բովանդակություն

A. Օրենքների մասին ծանուցում	343
B. Խտրականության բացառման վերաբերյալ դաշնային ծանուցում	343
C. Ծանուցում Medi-Cal-ի խտրականության բացառման վերաբերյալ	344
D. Ծանուցում Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի՝ որպես վճարման վերջին տարբերակի մասին	346
E. Ծանուցում Medi-Cal-ի՝ գույքի վերականգնման մասին	346
F. Անդամի տեղեկագրքի կառավարում	346
G. Անդամների համագործակցություն	347
H. Լիազորում	347
I. Գործատուի պատասխանատվությունը	347
J. Պետական գործակալության պատասխանատվությունը	347
K. U.S. Վետերանների գործերի վարչություն	347
L. Ավել վճարված գումարի վերադարձ	347
M. Երբ երրորդ կողմը պատճառում է Ձեր վնասվածքները	348
N. Ծանուցում առողջապահական տեղեկատվության փոխանակմանը մասնակցության մասին	349
O. Խարդախության, վատնման և չարաշահման մասին հայտները	350



A. Օրենքների մասին ծանուցում

Շատ օրենքներ են կիրառվում այս *Անդամի տեղեկագրի* նկատմամբ: Այս օրենքները կարող են ազդել Ձեր իրավունքների և պարտավորությունների վրա, նույնիսկ եթե օրենքներն այս *Անդամի տեղեկագրում* չեն ներառված կամ չեն բացատրված: Գործող հիմնական օրենքները դաշնային և նահանգային օրենքներն են Medicare և Medi-Cal ծրագրերի վերաբերյալ: Այլ դաշնային և նահանգային օրենքներ նույնպես կարող են կիրառվել:

B. Խտրականության բացառման վերաբերյալ դաշնային ծանուցում

Մենք խտրականություն չենք դնում ռասայի, էթնիկ պատկանելության, ազգային ծագման, գույնի, կրոնի, սեռի, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, պահանջների պատմության, բժշկական պատմության, գենետիկական տեղեկատվության, ապահովագրության հնարավորության ապացույցների կամ աշխարհագրական դիրքի սպասարկման տարածքի վրա: Բոլոր կազմակերպությունները, որոնք տրամադրում են Medicare Advantage ծրագրեր, ինչպես մեր ծրագիրը, պետք է ենթարկվեն խտրականության դեմ դաշնային օրենքներին, ներառյալ 1964 թվականի Քաղաքացիական իրավունքների օրենքի VI գլուխը, 1973 թվականի վերականգնողական օրենքը, 1975 թվականի տարիքային խտրականության օրենքը, Հաշմանդամ ամերիկացիների մասին օրենքը, Մատչելի խնամքի օրենքի 1557 բաժինը, բոլոր այլ օրենքները, որոնք վերաբերում են դաշնային ֆինանսավորում ստացող կազմակերպություններին և ցանկացած այլ օրենք և կանոն, որոնք կիրառվում են ցանկացած այլ պատճառով:

Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ կամ մտահոգություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի մասին.

- Զանգահարեք Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 1-800-537-7697: Հավելյալ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել www.hhs.gov/ocr կայքը:
- Զանգահարեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցության հեռարձակման ծառայություն): Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել և ցանկանում եք խտրականության դեմ բողոք ներկայացնել, դիմեք.
- Էլ. նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ CivilRights@dhcs.ca.gov
- Լրացրեք զանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Գանգատի ձևաթղթերը հասանելի են՝ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- Եթե Ձեր բողոքը վերաբերում է Medi-Cal ծրագրի խտրականությանը, կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Առողջական խնամքի սպասարկման բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.
- Հեռախոսով. գանգահարեք 916-440-7370: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք գանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցման հեռարձակման ծառայություն):
- Գրավոր. լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝
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
- Գանգատի ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ՝
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- Նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ CivilRights@dhcs.ca.gov
- Եթե ունեք հաշմանդամություն և օգնության կարիք ունեք առողջապահական ծառայություններից կամ մատակարարից օգտվելու համար, գանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Եթե ունեք որևէ բողոք, ինչպիսին է անվասայլակի մատչելիության խնդիրը, ապա Հաճախորդների սպասարկման բաժինը կարող է օգնել:

C. Ծանուցում Medi-Cal-ի խտրականության բացառման վերաբերյալ

Մենք Ձեզ խտրականության չենք ենթարկում կամ այլ կերպ չենք վերաբերվում Ձեր ռասայի, էթնիկ պատկանելության, ազգային պատկանելության, մաշկի գույնի, կրոնի, սեռի, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, պահանջների պատմության, բժշկական պատմության, գենետիկական տեղեկատվության, ապահովագրության հնարավորության ապացույցների կամ աշխարհագրական դիրքի սպասարկման տարածքի հիման վրա: Բացի այդ, մենք ապօրինի խտրականություն չենք դնում, չենք բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չենք վերաբերվում նրանց՝ ծագման, էթնիկ խմբի նույնականացման, գենդերային ինքնության, ամուսնական կարգավիճակի կամ բժշկական վիճակի պատճառով:

Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ կամ մտահոգություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի մասին.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք գանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Ձանգահարեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցության հեռարձակման ծառայություն): Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել և ցանկանում եք խտրականության դեմ բողոք ներկայացնել, դիմեք:

- Էլ. նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ CivilRights@dhcs.ca.gov

- Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

- Գանգատի ձևաթղթերը հասանելի են՝ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Եթե Ձեր բողոքը վերաբերում է Medi-Cal ծրագրի խտրականությանը, կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Առողջական խնամքի սպասարկման բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով:

- Հեռախոսով. զանգահարեք 916-440-7370: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել 711 (Հեռահաղորդակցման փոխանցման ծառայություն):

- Գրավոր. Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

Գանգատի ձևաթղթերը հասանելի են
այստեղ՝ www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx:

- Էլեկտրոնային միջոցով. նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
CivilRights@dhcs.ca.gov:

Եթե ունեք հաշմանդամություն և օգնության կարիք ունեք առողջապահական ծառայություններից կամ մատակարարից օգտվելու համար, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Եթե ունեք որևէ բողոք, ինչպիսին է անվասայլակի մատչելիության խնդիրը, ապա Հաճախորդների սպասարկման բաժինը կարող է օգնել:



D. Ծանուցում Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի՝ որպես վճարման վերջին տարբերակի մասին

Երբեմն մեկ ուրիշը պետք է նախ վճարի այն ծառայությունների համար, որոնք մենք տրամադրում ենք Ձեզ: Օրինակ, եթե Դուք ավտովթարի եք ենթարկվել կամ եթե վնասվածք եք ստացել աշխատանքի ժամանակ, ապա ապահովագրությունը կամ աշխատողների փոխհատուցումը պետք է վճարեն առաջինը:

Մենք իրավունք ունենք պատասխանատվություն ունենք հավաքագրելու ապահովագրված Medicare ծառայությունների համար, որոնց համար Medicare-ը առաջին վճարողը չէ:

Մենք հետևում ենք դաշնային և նահանգային օրենքներին և կանոնակարգերին, որոնք վերաբերում են անդամներին առողջապահական ծառայությունների դիմաց երրորդ անձանց իրավական պատասխանատվությանը: Մենք ձեռնարկում ենք բոլոր ողջամիտ միջոցները, որպեսզի համոզվենք, որ Medi-Cal-ը վերջին միջոցի վճարողն է:

Medi-Cal-ի անդամները պետք է օգտագործեն բոլոր մյուս առողջապահական ապահովագրության ծրագրերը (OHC) նախքան Medi-Cal-ին դիմելը, երբ նույն ծառայությունը հասանելի է Ձեր առողջապահական ապահովագրության ներքո, քանի որ Medi-Cal-ը վերջին հնարավոր վճարողն է: Սա նշանակում է, որ շատ դեպքերում Medi-Cal-ը կլինի երկրորդական վճարող կլինի Medicare OHC-ի համար, որը ծածկում է մեր ծրագրի կամ այլ OHC-ի կողմից չվճարված թույլատրելի ծախսերը՝ Medi-Cal դրույքաչափով:

E. Ծանուցում Medi-Cal-ի՝ գույքի վերականգնման մասին

Medi-Cal ծրագիրը պետք է փոխհատուցում պահանջի որոշ մահացած անդամների վավերացված գույքից Medi-Cal նպաստների համար, որոնք ստացվել են նրանց 55-ամյակի օրը կամ դրանից հետո: Փոխհատուցումը ներառում է վճարովի ծառայությունների և կառավարվող խնամքի ապահովագների/կապիտալ վճարումներ բուժքույրական հաստատության ծառայությունների, տնային և համայնքային ծառայությունների և հարակից հիվանդանոցային և դեղատոմսով դեղերի ծառայությունների համար, որոնք ստացվել են, երբ անդամը ստացիոնար բուժքույրական հաստատությունում էր կամ ստանում էր տնային և համայնքահեն ծառայություններ: Փոխհատուցումը չի կարող գերազանցել անդամի ճշգրտված գույքի արժեքը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Առողջական խնամքի սպասարկման բաժնի գույքի վերականգնման կայք՝ www.dhcs.ca.gov/er, կամ զանգահարեք 916-650-0590:

F. Անդամի տեղեկագրքի կառավարում

Մենք կարող ենք ընդունել ողջամիտ քաղաքականություն, ընթացակարգեր և մեկնաբանություններ՝ խթանելու այս *Անդամի տեղեկագրքի* ժամանակին և արդյունավետ կառավարումը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



G. Անդամների համագործակցություն

Դուք պետք է լրացնեք ցանկացած դիմում, ձևաթուղթ, հայտարարություն, հրապարակում, թույլտվություն, գրավադրման ձև և ցանկացած այլ փաստաթուղթ, որոնք մենք պահանջում ենք գործունեության բնականոն ընթացքի ժամանակ կամ ինչպես նշված է այս *Անդամի տեղեկագրքում*:

H. Լիազորում

Սույնով Դուք չեք կարող տրամադրել այս *Անդամի տեղեկագրքը* կամ որևէ իրավունք, շահ կամ պահանջ գումարի, նպաստների կամ պարտավորությունների դիմաց՝ առանց մեր նախնական գրավոր համաձայնության:

I. Գործատուի պատասխանատվությունը

Ցանկացած ծառայության համար, որը օրենքը պահանջում է գործատուից մատուցել, մենք չենք վճարի գործատուին, իսկ երբ մենք ապահովագրում ենք որևէ այդպիսի ծառայություն, մենք կարող ենք փոխհատուցել ծառայությունների արժեքը գործատուից:

J. Պետական գործակալության պատասխանատվությունը

Ցանկացած ծառայության համար, որն օրենքը պահանջում է, որ մատուցվի միայն կամ ստացվի միայն պետական գործակալությունից, մենք չենք վճարի պետական գործակալությանը, իսկ երբ մենք ապահովագրում ենք որևէ այդպիսի ծառայություն, մենք կարող ենք փոխհատուցել ծառայությունների արժեքը պետական գործակալությունից:

K. U.S. Վետերանների գործերի վարչություն

Պայմանների ցանկացած ծառայությունների համար, որոնք օրենքը պահանջում է Վետերանների գործերի վարչությունից տրամադրել, մենք չենք վճարի Վետերանների գործերի վարչությանը, և երբ մենք ապահովագրում ենք որևէ այդպիսի ծառայություն, մենք կարող ենք փոխհատուցել ծառայությունների արժեքը Վետերանների գործերի վարչությունից:

L. Ավել վճարված գումարի վերադարձ

Մենք կարող ենք վերադարձնել ցանկացած ավել վճարված գումար, որը մենք կատարում ենք ծառայությունների համար, ցանկացած անձից, ով ստանում է այդպիսի ավել վճարված գումար կամ որևէ անձից կամ կազմակերպությունից, որը պարտավոր է վճարել ծառայությունների համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Մ. Երբ երրորդ կողմը պատճառում է Ձեր վնասվածքները

Եթե Դուք վնասվել եք կամ հիվանդացել եք այլ անձի («երրորդ կողմի») գործողության կամ անգործության պատճառով, Blue Shield-ը պետք է հաշվի առնի դրա արդյունքում պահանջվող ծառայությունները. տրամադրի Ծրագրի նպաստները և ունենա փոխհատուցման կամ այլ հասանելի միջոց՝ վերադարձնելու Blue Shield-ի Ձեզ տրամադրված Ծառայությունների համար վճարված գումարները ցանկացած վերականգնումից (սահմանված է ստորև), որը ստացվել է Ձեր կողմից կամ Ձեր անունից, կամ երրորդ կողմի անունից, որը պատասխանատու է վնասվածքի կամ հիվանդության կամ չապահովագրված/թերապահովագրված ավտովարորդների ապահովագրության համար:

Վերականգնման, փոխհատուցման կամ այլ հասանելի միջոցի այս իրավունքը հակասում է ցանկացած վերականգնմանը, որը Դուք ստանում եք վնասվածքի կամ հիվանդության հետևանքով, ներառյալ ցանկացած գումար, որը տրվել կամ ստացվել է դատարանի վճռով, արբիտրաժային վճռով, կարգավորման կամ որևէ այլ պայմանավորվածությամբ, ցանկացած երրորդ անձից կամ երրորդ կողմը ապահովագրողից, կամ չապահովագրված կամ թերապահովագրված ավտովարորդների ապահովագրությունից՝ կապված հիվանդության կամ վնասվածքի հետ («Վերականգնում»), առանց հաշվի առնելու, թե արդյոք Դուք «ապաքինվել եք» Վերականգնման միջոցով: Իրավունքների վերականգնման, փոխհատուցման կամ այլ հասանելի միջոցների իրավունքը վերաբերում է ընդհանուր Վերականգնման այն մասին, որը վճարվում է նման վնասվածքի կամ հիվանդության հետ կապված վճարվող Նպաստների համար, որոնք հաշվարկվում են California-ի Քաղաքացիական օրենսգրքի 3040 բաժնի համաձայն:

Ձեզանից պահանջվում է.

1. Գրավոր տեղեկացնել Blue Shield-ին ցանկացած փաստացի կամ հնարավոր հայցի կամ իրավական պահանջի մասին երրորդ կողմի դեմ, որը բխում է վնասվածք կամ հիվանդություն առաջացնող ենթադրյալ գործողություններից կամ բացթողումներից: Եթե հայց կամ օրինական գործողություն է արդեն ներկայացվել, ապա ծանուցումը պետք է տրամադրվի ոչ ուշ, քան ներկայացվելուց հետո 30 օրվա ընթացքում:
2. Համաձայնել լիովին համագործակցել և տրամադրել ցանկացած ձևաթուղթ կամ փաստաթուղթ, որն անհրաժեշտ է այս իրավունքը վերականգնելու, փոխհատուցելու կամ այլ հասանելի վերականգնման միջոցների համար և,
3. Գրավոր համաձայնել Blue Shield-ին փոխհատուցել Blue Shield-ի կողմից վճարված նպաստները ցանկացած Վերականգնումից, երբ Վերականգնումը ձեռք է բերվել երրորդ կողմից կամ երրորդ կողմի ապահովագրողի անունից, կամ չապահովագրված կամ թերապահովագրված ավտովարորդների ծածկույթից և,



4. Տրամադրել գրավ, որը հաշվարկված է California-ի քաղաքացիական օրենսգրքի 3040 բաժնի համաձայն: Գրավը կարող է ներկայացվել երրորդ կողմին, երրորդ կողմի գործակալին կամ փաստաբանին կամ դատարանին, եթե այլ բան արգելված չէ օրենքով և,

5. Պարբերաբար պատասխանել երրորդ կողմի դեմ պահանջի վերաբերյալ տեղեկատվության հարցումներին և գրավոր տեղեկացնել Blue Shield-ին ցանկացած Վերականգնում ստանալուց հետո տաս (10) օրվա ընթացքում:

Եթե չկատարեք 1-ից 5 կետերը, ապա վերը նշվածը որևէ կերպ չպետք է հանդես գա որպես Blue Shield-ի իրավունքների հրաժարում, ազատում կամ զիջում:

N. Ծանուցում առողջապահական տեղեկատվության փոխանակմանը մասնակցության մասին

Blue Shield-ը մասնակցում է Manifest MedEx Health Information Exchange-ին («HIE»)՝ իր անդամների առողջության մասին տեղեկությունները հասանելի դարձնելով Manifest MedEx-ին՝ նրանց լիազորված առողջական խնամքի մատակարարների համար: Manifest MedEx-ը անկախ, շահույթ չհետապնդող կազմակերպություն է, որը պահպանում է հիվանդների էլեկտրոնային գրառումների տվյալների բազա, որը ներառում է բժիշկների, առողջական խնամքի հաստատությունների, առողջական խնամքի ծառայությունների ծրագրերի և առողջապահական ապահովագրական ընկերությունների կողմից տրամադրված առողջապահական տեղեկությունները: Լիազորված առողջական խնամքի մատակարարները (ներառյալ բժիշկները, բուժքույրերը և հիվանդանոցները) կարող են ապահով կերպով մուտք գործել իրենց հիվանդների առողջության մասին տեղեկատվություն Manifest MedEx HIE-ի միջոցով՝ աջակցելու անվտանգ, բարձրորակ խնամքի տրամադրմանը:

Manifest MedEx-ը հարգում է Անդամների գաղտնիության իրավունքը և հետևում է գաղտնիության պահպանման գործող նահանգային և դաշնային օրենքներին: Manifest MedEx-ն օգտագործում է առաջադեմ անվտանգության համակարգեր և տվյալների գաղտնագրման ժամանակակից տեխնիկա՝ Անդամների գաղտնիությունը և նրանց անձնական տեղեկատվության անվտանգությունը պաշտպանելու համար:

Blue Shield-ի յուրաքանչյուր անդամ իրավունք ունի հրահանգելու Manifest MedEx-ին չփոխանցել իր առողջական տեղեկությունները իրենց առողջական խնամքի մատակարարներին: Չնայած Manifest MedEx-ից հրաժարվելը կարող է սահմանափակել Ձեր առողջական խնամքի մատակարարների հնարավորությունը՝ արագորեն մուտք գործելու Ձեր մասին կարևոր առողջապահական տեղեկատվություն, անդամի առողջության ապահովագրությունը կամ առողջական խնամքի նպաստների ապահովագրությունը չի փոխվի Manifest MedEx-ից հրաժարվելու պատճառով: Manifest MedEx-ին մասնակցող ոչ մի բժիշկ կամ հիվանդանոց չի մերժի բժշկական խնամք այն հիվանդին, ով կրնա չմասնակցել Manifest MedEx HIE-ին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Անդամներն, ովքեր չեն ցանկանում ցուցադրել իրենց առողջապահական տեղեկությունները Manifest MedEx-ում, պետք է լրացնեն առցանց ձևաթուղթը <https://www.manifestmedex.org/opt-out> հասցեով կամ զանգահարեն Manifest MedEx 1-888-510-7142, ժամը 07:00-ից մինչև 19:00, PST, երկուշաբթիից ուրբաթ: TTY՝ 711 լսողության դժվարություն ունեցողների համար:

Օ. Խարդախության, վատնման և չարաշահման մասին հայտները

Ի՞նչ է խարդախությունը, վատնումը և չարաշահումը (FWA):

- **Խարդախությունը** դիտավորյալ խեղաթուրում է, որը կարող է հանգեցնել առողջապահական ծրագրի շրջանակում չթույլատրված ծախսերի:
- **Վատնումն** առողջապահական միջոցների կամ ռեսուրսների ոչ պատշաճ օգտագործումն է՝ առանց դրա համար արդարացված անհրաժեշտության:
- **Չարաշահումը** պրակտիկա է, որը անհամատեղելի է բժշկական կամ բիզնես առողջ գործելակերպի հետ և կարող է ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն հանգեցնել առողջապահական ծրագրի շրջանակում անհարկի ծախսերի:

Պաշտպանք ինքներդ Ձեզ և Ձեր նպաստները

- Երբեք մի՛ տրամադրեք Ձեր սոցիալական ապահովության, Medicare-ի կամ առողջապահական ծրագրի թվերը կամ բանկային տեղեկությունները որևէ մեկին, ում չեք ճանաչում:
- Մի՛ համաձայնվեք որևէ լաբորատոր անալիզի անցկացմանն՝ առանց Ձեր բժշկի հանձնարարականի:
- Բժշկական ծառայությունների դիմաց որևէ արժեքավոր բան ընդունելն անօրինական է:

Տեղյակ եղեք գենետիկական թեստավորման խարդախության մասին

Խաբեքները մոտենում են տեղական առողջապահական տոնավաճառների, տարեցների բնակարանային հաստատությունների, համայնքային կենտրոնների, տնային առողջապահական գործակալությունների և այլ վստահելի վայրերի չկասկածող գրանցվածներին՝ գենետիկական թեստավորման խարդախություններ իրականացնելու համար: Նրանք կեղծ խոստումներ են տալիս, որ Medicare-ը կվճարի թեստի համար, և Դուք պարզապես պետք է տրամադրեք այտերի նմուշառում, Ձեր նույնականացման (ID) համարը և Medicare-ի տվյալները՝ Ձեր թեստի արդյունքները ստանալու համար:

Ցավոք, այդ դեպքում այս խաբեքներն ունեն Ձեր առողջապահական ծրագրի կամ Medicare-ի համարը, և նրանք կարող են Medicare-ին հազարավոր դոլարների հաշիվ ներկայացնել թեստերի կամ նույնիսկ ծառայությունների համար, որոնք Դուք երբեք չեք ստանում: Նրանք նաև կստանան Ձեր անձնական գենետիկական տվյալները:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Կասկածելի խարդախության, վատնման և չարաշահման մասին հայտնելու համար դիմեք՝

- **Blue Shield of California-ի Medicare ծրագրի խարդախության դեմ պայքարի թեժ գիծ՝ 1-855-331-4894 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով կամ էլ.փոստով՝ MedicareStopFraud@blueshieldca.com:

- **Medicare՝ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048):



Գլուխ 12. Կարևոր բառերի սահմանումներ

Ներածություն

Այս գլուխը ներառում է հիմնական տերմինները, որոնք օգտագործվում են այս *Անդամի տեղեկագրքում*՝ իրենց սահմանումներով: Տերմինները թվարկված են այբբենական կարգով: Եթե չեք գտնում Ձեր փնտրած տերմինը, կամ եթե Ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տեղեկատվություն, քան սահմանումը ներառում է, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Extra Help. Medicare-ի ծրագիր, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց նվազեցնել Medicare Մաս D-ի դեղերի ծախսերը, ինչպիսիք են ապահովագրերը, չհատուցվող գումարները և համավճարները: Extra Help-ը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտների սուբսիդիա» կամ «LIS»:

Medi-Cal. սա California-ի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը կառավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում է նահանգի և դաշնային կառավարության կողմից:

- Այն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և ռեսուրսներով մարդկանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության և բժշկական ծախսերի համար:
- Այն ապահովագրում է լրացուցիչ ծառայությունները և որոշ դեղերը, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ի կողմից:
- Medicaid-ի ծրագրերը տարբերվում են նահանգից նահանգ, սակայն առողջական խնամքի ծախսերի մեծ մասը ապահովագրված է, եթե Դուք համապատասխանում եք և՛ Medicare-ին, և՛ Medi-Cal-ին:

Medi-Cal ծրագրեր. ծրագրեր, որոնք ներառում են միայն Medi-Cal-ի նպաստները, ինչպիսիք են երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, բժշկական սարքավորումները և փոխադրումը: Medicare-ի նպաստներն առանձին են:

Medicaid (կամ բժշկական օգնություն). Դաշնային կառավարության և նահանգի կողմից իրականացվող ծրագիր, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և ռեսուրսներով մարդկանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության, ինչպես նաև բժշկական ծախսերի համար: Medi-Cal-ը Medicaid ծրագիրն է California նահանգի համար:

Medicare. առողջության ապահովագրության դաշնային ծրագիր 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց, 65-ից ցածր տարիքի որոշ հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց և երիկամների հիվանդության վերջին փուլում գտնվող մարդկանց համար (ընդհանուր առմամբ նրանք, ովքեր ունեն մշտական երիկամային անբավարարություն և դիալիզի կամ երիկամի փոխպատվաստման կարիք ունեն): Medicare ունեցող մարդիկ կարող են ստանալ իրենց Medicare-ի առողջապահական ապահովագրությունը Original Medicare-ի կամ կառավարվող խնամքի ծրագրի միջոցով (տես «Առողջապահական ծրագիր»):

Medicare Advantage. Medicare-ի ծրագիր, որը նաև հայտնի է որպես «Medicare Մաս C» կամ «MA», որն առաջարկում է MA ծրագրեր մասնավոր ընկերությունների միջոցով: Medicare-ը վճարում է այս ընկերություններին Ձեր Medicare նպաստներն ապահովագրելու համար:

Medicare Մաս A. Medicare-ի ծրագիր, որն ընդգրկում է բժշկականորեն անհրաժեշտ հիվանդանոցները, մասնագիտացված խնամքի հաստատությունները, տնային առողջապահությունը և հոսփիսային խնամքը:

Medicare Մաս B. Medicare-ի ծրագիր, որն ընդգրկում է ծառայություններ (օրինակ՝ լաբորատոր հետազոտություններ, վիրահատություններ և բժիշկներին



այցելություններ) և պարագաներ (օրինակ՝ անվասայլակներ և քայլակներ), որոնք բժշկականորեն անհրաժեշտ են հիվանդության կամ առողջական վիճակի բուժման համար: Medicare Part B-ն նաև ներառում է բազմաթիվ կանխարգելիչ և սրբինինգային ծառայություններ:

Medicare Մաս C. Medicare-ի ծրագիր, որը նաև հայտնի է որպես «Medicare Advantage» կամ «MA», որը թույլ է տալիս մասնավոր առողջապահական ապահովագրական ընկերություններին տրամադրել Medicare-ի նպաստներ MA ծրագրի միջոցով:

Medicare Մաս D. Medicare դեղերի նպաստների ծրագիր: Մենք այս ծրագիրը կարճ անվանում ենք «Մաս D»: Medicare Մաս D-ն ընդգրկում է ամբուլատոր դեղերը, պատվաստանյութերը և որոշ պարագաներ, որոնք չեն ապահովագրվում Medicare Մաս A-ով, կամ Medicare Մաս B-ով, կամ Medicaid-ով: Մեր ծրագիրը ներառում է Medicare Մաս D-ն:

Medicare Մաս D դեղեր. Դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս D-ով: Կոնգրեսը հասկապես բացառում է դեղերի որոշ կատեգորիաներ Medicare Մաս D-ի շրջանակներում: Medicaid-ը կարող է ապահովագրել այդ դեղերից մի քանիսը:

Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններ (CMS). Medicare-ի համար պատասխանատու դաշնային գործակալություն: Այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 2-ը* բացատրում է, թե ինչպես կապվել CMS-ի հետ:

Medicare-ի բողոքարկման խորհուրդ (Խորհուրդ). Խորհուրդ, որը վերանայում է 4-րդ մակարդակի բողոքարկումները: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մի մասն է:

Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայություններ. ծառայություններ, որոնք ապահովագրված են Medicare Մաս A-ով և Medicare Մաս B-ով: Medicare-ի բոլոր առողջապահական ծրագրերը, ներառյալ մեր ծրագիրը, պետք է ծածկեն Medicare Մաս A-ով և Medicare Մաս B-ով ապահովագրված բոլոր ծառայությունները:

Medicare-ի Շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (MDPP). առողջության վարքագծի փոփոխության կառուցվածքային ծրագիր, որը տրամադրում է երկարաժամկետ սննդակարգի փոփոխության, ֆիզիկական ակտիվության բարձրացման և քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման մարտահրավերները հաղթահարելու ուսուցում:

Medi-Medi Plan. Medi-Medi Plan-ը Medicare Advantage ծրագրի տեսակ է: Այն այնպիսի մարդկանց համար է, որոնք ունեն և՛ Medicare, և՛ Medi-Cal, և համատեղում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ ծրագրի մեջ: Medi-Medi ծրագրերը համակարգում են բոլոր նպաստներն ու ծառայությունները երկու ծրագրերի ընթացքում, ներառյալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրված բոլոր ծառայությունները:

Medicare-Medi-Cal-ի անդամագրված անձ. անձ, որը համապատասխանում է Medicare-ի և Medicaid-ի ապահովագրության պահանջներին: Medicare- Medicaid-ի անդամագրված անձը նաև կոչվում է «երկակի իրավասու անձ»:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ombudsperson. գրասենյակ Ձեր նահանգում, որը հանդես է գալիս Ձեր անունից՝ որպես փաստաբան: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե Դուք խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անել: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են: Լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել այս *Անդամի տեղեկագրի* **Գլուխներ 2-ում և 9-ում:**

Original Medicare (ավանդական Medicare կամ վճարովի ծառայություններ մատուցող Medicare). կառավարությունն առաջարկում է Original Medicare: Original Medicare-ի շրջանակներում ծառայությունները ապահովագրվում են՝ բժիշկներին, հիվանդանոցներին և առողջական խնամքի այլ մատակարարներին վճարելով Կոնգրեսի որոշած գումարները:

- Դուք կարող եք օգտվել ցանկացած բժշկի, հիվանդանոցի կամ այլ առողջական խնամքի մատակարարի ծառայություններից, որն ընդունում է Medicare-ը: Original Medicare-ն ունի երկու մաս. Medicare Մաս A (հիվանդանոցային ապահովագրություն) և Medicare Մաս B (բժշկական ապահովագրություն):
- Original Medicare-ը հասանելի է United States-ում ամենուր:
- Եթե Դուք չեք ցանկանում լինել մեր ծրագրում, կարող եք ընտրել Original Medicare-ը

«Real Time Benefit Tool» (Իրական Ժամանակում նպաստների գործիք). հարթակ կամ համակարգչային հավելված, որտեղ մասնակիցները կարող են փնտրել ամբողջական, ճշգրիտ, ժամանակին, կլինիկական տեսանկյունից համապատասխան, մասնակիցների համար նախատեսված ապահովագրված դեղեր և նպաստների մասին տեղեկատվություն: Սա ներառում է ծախսաբաժնի գումարները, այլընտրանքային դեղերը, որոնք կարող են օգտագործվել նույն առողջական վիճակի համար, ինչ տվյալ դեղը, և ապահովագրության սահմանափակումները (նախնական թույլտվություն, հանգրվանային թերապիա, քանակական սահմանափակումներ), որոնք կիրառվում են այլընտրանքային դեղերի նկատմամբ:

Աղետային ապահովագրության փուլ. Medicare Մաս D-ի դեղերի նպաստի փուլը, որտեղ մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր Մաս D դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև տարեվերջ: Դուք կմտնեք այս փուլ, երբ Դուք (կամ Ձեր անունից այլ լիազորված անձինք) տարվա ընթացքում ծախսեք \$2400 չափով գումար Մաս D ապահովագրված դեղերի համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում:

Ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն. հաստատություն, որն իրականացնում է ամբուլատոր վիրահատություն այն հիվանդների համար, որոնք չունեն հիվանդանոցային խնամքի կարիք, և որոնց դեպքում չի ակնկալվում, որ նրանք կունենան 24 ժամից ավելի խնամքի կարիք:

Անդամ (մեր ծրագրի անդամ կամ ծրագրի անդամ). Medicare և Medi-Cal ունեցող անձ, որը կարող է ստանալ ապահովագրված ծառայություններ և գրանցվել է մեր ծրագրում, և ում գրանցումը հաստատվել է Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնների (CMS) և նահանգի կողմից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Անդամի տեղեկագիրք և **Բացահայտման տեղեկություններ**. Այս փաստաթուղթը, ինչպես նաև Ձեր գրանցման ձևաթուղթը և ցանկացած այլ հավելված, որը բացատրում է Ձեր ապահովագրությունը, այն, ինչ մենք պետք է անենք, Ձեր իրավունքները և այն, ինչ Դուք պետք է անեք որպես մեր ծրագրի անդամ:

Անկախ բժշկական վերանայում (IMR). Եթե մենք մերժենք բժշկական ծառայությունների կամ բուժման Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք բողոքարկում ներկայացնել: Եթե Դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, և Ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal ծառայությանը, ներառյալ DME-ի պարագաներն ու դեղերը, կարող եք IMR խնդրել California-ի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժնից: IMR-ը Ձեր գործի վերանայումն է փորձագետների կողմից, որոնք մեր ծրագրի մաս չեն կազմում: Եթե IMR-ի որոշումը Ձեր օգտին է, մենք պետք է Ձեզ տրամադրենք Ձեր պահանջած ծառայությունը կամ բուժումը: IMR-ն անվճար է Ձեզ համար:

Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO). Medicare-ի կողմից վարձված անկախ կազմակերպություն, որն ուսումնասիրում է 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը: Այն մեզ հետ կապված չէ և պետական գործակալություն չէ: Այս կազմակերպությունն է որոշում՝ արդյոք մեր կայացրած որոշումը ճիշտ է, թե այն պետք է փոխվի: Medicare-ը վերահսկում է դրա աշխատանքը: Պաշտոնական անվանումն է՝ **Անկախ վերանայման կազմակերպություն**:

Անհատականացվախ խնամքի ծրագիր (ICP կամ Խնամքի ծրագիր). Ծրագիր, թե ինչ ծառայություններ կստանաք և ինչպես դրանք կստանաք: Ձեր ծրագիրը կարող է ներառել բժշկական ծառայություններ, վարքագծային առողջության ծառայություններ և երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

Ապահովագրական որոշում. որոշում այն մասին, թե ինչ նպաստներ ենք մենք ապահովագրում: Մա ներառում է ապահովագրված դեղերի և ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կամ այն գումարը, որը մենք վճարում ենք Ձեր առողջապահական ծառայությունների համար: Այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը* բացատրում է, թե ինչպես մեզանից ապահովագրական որոշում խնդրել:

Ապահովագրված դեղեր. տերմին, որը մենք օգտագործում ենք անվանելու համար բոլոր դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղերը, որոնք ապահովագրված են մեր ծրագրի կողմից:

Ապահովագրված դեղերի ցանկ (Դեղերի ցանկ). Դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղերի ցանկ, որոնք մենք ապահովագրում ենք: Մենք ընտրում ենք այս ցանկի դեղերը բժիշկների և դեղագործների օգնությամբ: *Դեղերի ցանկը* Ձեզ տեղեկացնում է, թե արդյոք կան այնպիսի կանոններ, որոնց Դուք պետք է հետևեք՝ Ձեր դեղերը ստանալու համար: *Դեղերի ցանկը* երբեմն կոչվում է «դեղացանկ»:

Ապահովագրված ծառայություններ. ընդհանուր տերմին, որը մենք օգտագործում ենք անվանելու համար ողջ առողջապահական խնամքը, երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, պարագաները, դեղատոմսով դուրս գրվող և առանց դեղատոմսի դեղերը, սարքավորումները և այլ ծառայություններ, որոնք ապահովագրում է մեր ծրագիրը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ապանդամագրում. մեր ծրագրին Ձեր անդամակցության դադարեցման գործընթացը: Ապանդամագրումը կարող է լինել կամավոր (Ձեր ընտրությամբ) կամ ոչ կամավոր (ոչ Ձեր ընտրությամբ):

Ապրանքանշով դեղ. դեղ, որը պատրաստվում և վաճառվում է այն ընկերության կողմից, որն ի սկզբանե պատրաստել է դեղը: Ապրանքանշով դեղերն ունեն նույն բաղադրիչները, ինչ դեղերի ջեներիկ տարբերակները: Ջեներիկ դեղերը սովորաբար պատրաստվում և վաճառվում են այլ դեղագործական ընկերությունների կողմից և ընդհանուր առմամբ հասանելի չեն մինչև ապրանքանշով դեղի արտոնագրի ավարտը:

Առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղեր. առանց դեղատոմսի տրվող դեղերն այն դեղերը կամ դեղամիջոցներ են, որոնք անձը կարող է գնել առանց բժշկի դեղատոմսի:

Առաջնային խնամքի մատակարար (PCP). բժիշկը կամ այլ մատակարար, որին առաջինը դիմում եք առողջական խնդիրների մեծ մասի դեպքում: Նրանք երաշխավորում են, որ Դուք ստանում եք այն խնամքը, որն անհրաժեշտ է առողջ մնալու համար:

- Նրանք կարող են նաև խոսել այլ բժիշկների և բուժաշխատողների հետ Ձեր խնամքի մասին և ուղեգրել Ձեզ իրենց մոտ:
- Medicare-ի բազմաթիվ առողջապահական ծրագրերում Դուք պետք է օգտագործեք Դեր առաջնային խնամքի մատակարարի ծառայությունը, նախքան որևէ այլ առողջական խնամքի մատակարարին դիմելը:
- Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 3-ն* առաջնային խնամքի մատակարարներից խնամք ստանալու մասին տեղեկությունների համար:

Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժին (DHCS). California-ի նահանգային բաժին, որը կառավարում է Medicaid ծրագիրը (հայտնի է որպես Medi-Cal):

Առողջական վտանգի գնահատում (HRA). Ձեր բժշկական պատմության և ընթացիկ վիճակի վերանայում: Այն օգտագործվում է իմանալու Ձեր առողջության մասին և ինչպես այն կարող է փոխվել ապագայում:

Առողջապահական ծրագիր. կազմակերպություն, որը բաղկացած է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարաժամկետ ծառայություններ մատուցողներից և այլ մատակարարներից: Այն նաև ունի խնամքի համակարգողներ, որոնք կօգնեն Ձեզ կառավարել Ձեր բոլոր մատակարարներին և ծառայությունները: Նրանք բոլորն աշխատում են միասին՝ ապահովելու Ձեզ անհրաժեշտ խնամքը:

Առողջության ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP). ծագիր, որն անվճար և օբյեկտիվ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն է տրամադրում Medicare-ի մասին: Այս *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 2-ը* բացատրում է, թե ինչպես կապվել HICAP-ի հետ:

Առօրյա կյանքի գործողություններ (ADL). այն, ինչ մարդիկ անում են ընթացիկ օրվա ընթացքում, օրինակ՝ ուտելը, գուգարանից օգտվելը, հագնվելը, լողանալը կամ ատամները խոզանակելը:

Արտակարգ իրավիճակ. բժշկական արտակարգ իրավիճակ, երբ Դուք կամ որևէ այլ անձ, որը միջին գիտելիքներ ունի առողջության և բժշկության մասին, կարծում էք, որ ունեք բժշկական ախտանիշներ, որոնք անհապաղ բժշկական ուշադրության կարիք ունեն՝ կանխելու մահը, մարմնի մի մասի կորուստը կամ մարմնի ֆունկցիայի լուրջ խանգարումը կամ կորուստը (իսկ եթե հղի եք, ապա չծնված երեխայի կորուստը): Բժշկական ախտանշանները կարող են լինել հետևյալը՝ հիվանդություն, վնասվածք, սուր ցավ կամ բժշկական խնդիր, որն արագորեն վատանում է:

Արտացանցային դեղատոն. Դեղատոն, որը չի համաձայնել աշխատել մեր ծրագրի հետ՝ համակարգելու կամ տրամադրելու համար ապահովագրված դեղերը մեր ծրագրի անդամներին: Մեր ծրագիրը չի ներառում դեղերի մեծ մասը, որոնք Դուք ստանում եք արտացանցային դեղատոներից, եթե որոշակի պայմաններ չեն կիրառվում:

Արտացանցային մատակարար կամ Արտացանցային հաստատություն.

Մատակարար կամ հաստատություն, որը աշխատող, սեփականատեր կամ շահագործվող չէ մեր ծրագրի կողմից և պայմանագիր չունի մեր ծրագրի անդամներին ապահովագրված ծառայություններ մատուցելու համար: Այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ը* պատմում է արտացանցային մատակարարների կամ հաստատությունների մասին:

Բազմամասնագիտական խնամքի թիմ (ICT կամ Խնամքի թիմ). խնամքի թիմը կարող է ներառել բժիշկներ, բուժքույրեր, խորհրդատուներ կամ առողջապահական այլ մասնագետներ, ովքեր պատրաստ են օգնել Ձեզ ստանալ Ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Ձեր խնամքի թիմը նաև օգնում է Ձեզ խնամքի ծրագիր կազմել:

Բացառություն. թույլտվություն այնպիսի դեղամիջոցի ապահովագրություն ստանալու համար, որը սովորաբար չի ապահովագրվում, կամ դեղն առանց որոշակի կանոնների և սահմանափակումների օգտագործելու թույլտվություն:

Բացառված ծառայություններ. ծառայություններ, որոնք չեն ապահովագրվում այս առողջապահական ծրագրով:

Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ. սա նկարագրում է ծառայությունները, պարագաները կամ դեղերը, որոնք անհրաժեշտ են՝ կանխարգելելու, ախտորոշելու, բուժելու կամ Ձեր ընթացիկ առողջական վիճակը պահպանելու համար: Մա ներառում է խնամք, որը Ձեզ հետ է պահում հիվանդանոց կամ ծերանոց գնալուց: Դա նաև նշանակում է, որ ծառայությունները, պարագաները կամ դեղերը համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված չափանիշներին:



Բնօրինակ կենսաբանական ապրանք. կենսաբանական ապրանք, որը հաստատվել է FDA-ի կողմից և ծառայում է որպես համեմատություն՝ բիոնմանակ տարբերակ պատրաստող արտադրողների համար: Այն նաև կոչվում է հղման համար նախատեսված ապրանք:

Բողոք. գանգատ, որը Դուք ներկայացնում եք մեր կամ մեր ցանցի մատակարարներից կամ դեղատներից մեկի վերաբերյալ: Սա ներառում է գանգատ Ձեր խնամքի որակի կամ Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից մատուցվող ծառայության որակի վերաբերյալ:

Բողոքարկում. միջոց, որով կարող եք վիճարկել մեր գործողությունները, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխել ապահովագրական որոշումը՝ բողոքարկում ներկայացնելով: Այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ում* բացատրվում են բողոքարկումները, ներառյալ՝ ինչպես բողոքարկել:

Գանգատ. գրավոր կամ բանավոր հայտարարություն, որում ասվում է, որ Դուք դժգոհություն կամ մտահոգություն ունեք Ձեր ապահովագրված ծառայությունների կամ խնամքի վերաբերյալ: Սա ներառում է ցանկացած մտահոգություն ծառայության որակի, Ձեր խնամքի որակի, մեր ցանցի մատակարարների կամ մեր ցանցի դեղատների վերաբերյալ: «Գանգատ ներկայացնելու» պաշտոնական տերմինն է «բողոք ներկայացնել»:

Գրպանից վճարվող ծախսեր. անդամների կողմից ստացվող ծառայությունների կամ դեղերի մի մասի համար ծախսերի համատեղ վճարման պահանջը կոչվում է նաև «գրպանից վճարվող» պահանջ: Տե՛ս վերը նշված «ծախսերի բաշխման» սահմանումը:

Դեղերի կառավարման ծրագիր (DMP). ծրագիր, որն օգնում է համոզվել, որ անդամներն ապահով կերպով են օգտագործում դեղատոմսով տրվող օփիոիդները և հաճախ չարաշահվող այլ դեղամիջոցներ:

Դեղերի մակարդակներ. դեղերի խմբերը մեր *Դեղերի ցանկում*: Ջեներիկ, ապրանքանիշով կամ առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) դեղերը դեղերի մակարդակների օրինակներ են: *Դեղերի ցանկի* յուրաքանչյուր դեղամիջոց գտնվում է հինգ մակարդակներից մեկում:

Դեղորայքային թերապիայի կառավարում (MTM). Medicare Մաս D ծրագիր բարդ առողջական կարիքների համար, որոնք տրամադրվում են որոշակի պահանջներին համապատասխանող մարդկանց կամ գտնվում են Դեղերի կառավարման ծրագրում: MTM ծառայությունները սովորաբար ներառում են դեղագործի կամ բուժաշխատողի հետ քննարկում՝ դեղերը վերանայելու համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը*:

Երկակի իրավասու հատուկ կարիքների ծրագիր (D-SNP). առողջապահական ծրագիր, որը սպասարկում է այն անհատներին, որոնք համապատասխանում են և՛ Medicare-ին, և՛ Medicaid-ին: Մեր ծրագիրը D-SNP է:

Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություններ (LTSS). Երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցություններն օգնում են երկար ժամանակամիջոցի համար բարելավել Ձեր առողջական վիճակը: Այս ծառայությունների մեծ մասն օգնում է Ձեզ մնալ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ձեր տանը, որպեսզի ստիպված չլինեք գնալ ծերանոց կամ հիվանդանոց: LTSS-ը, որը ապահովագրված է մեր ծրագրով, ներառում է չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS), որոնք նաև հայտնի են որպես չափահասների ցերեկային առողջական խնամք, բուժքույրական հաստատություններ (NF) և համայնքային աջակցություն: IHSS և 1915(c) հրաժարման ծրագրերը Medi-Cal LTSS են, որոնք տրամադրվում են մեր ծրագրից դուրս:

Զգայուն ծառայություններ. Ծառայություններ՝ կապված հոգեկան կամ վարքային առողջության, սեռական և վերարտադրողական առողջության, ընտանիքի պլանավորման, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI), ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, սեռական ոտնձգությունների և աբորտների, թմրանյութերի օգտագործման չարաշահման, սեռը հաստատող խնամքի և ինտիմ գործընկերոջ կողմից բռնության հետ:

Ինտեգրված D-SNP. Երկակի իրավասության հատուկ կարիքների ծրագիր, որն ընդգրկում է Medicare-ը և Medicaid-ի ծառայությունների մեծ մասը կամ բոլոր Medicaid-ի ծառայությունները մեկ առողջապահական ծրագրի կամ կից առողջապահական ծրագրերի շրջանակներում՝ ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medicaid-ի համար իրավունակ անհատների որոշակի խմբերի համար: Այս անհատները հայտնի են որպես լրիվ նպաստ ստացող կրկնակի իրավասու անձինք:

Լրացուցիչ ապահովական եկամուտ (SSI). Սոցիալական ապահովության մարմինների կողմից սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող այն մարդկանց վճարվող ամսական նպաստ, որոնք հաշմանդամ են, կույր են կամ 65 և ավելի բարձր տարիքի են: SSI-ի նպաստները նույնը չեն, ինչ Սոցիալական ապահովության նպաստները:

Խնամքի թիմ. ուսումնասիրեք «Բազմամասնագիտական խնամքի թիմ»:

Խնամքի ծրագիր. ուսումնասիրեք «Անհատականացված խնամքի ծրագիր»:

Խնամքի համակարգող. մեկ մարդ, որն աշխատում է Ձեզ, առողջապահական ծրագրի և Ձեր խնամքի մատակարարների հետ՝ համոզվելու, որ Դուք ստանում եք Ձեզ անհրաժեշտ խնամքը:

Ծախսաբաժին. գումարներ, որոնք Դուք պետք է վճարեք որոշ ծառայություններ կամ դեղեր ստանալու դեպքում: Ծախսաբաժինը ներառում է համավճարներ:

Ծախսաբաժնի մակարդակ. դեղերի խումբ միևնույն համավճարով: *Ապահովագրված դեղերի ցանկի* (հայտնի է նաև որպես *Դեղերի ցանկ*) յուրաքանչյուր դեղամիջոց գտնվում է ծախսաբաժնի հինգ մակարդակներից մեկում: Ընդհանրապես որքան բարձր է ծախսաբաժնի մակարդակը, այնքան ավելի բարձր է Ձեր դեղի արժեքը:

Ծախսաբաժնի օրական դրույքաչափ. դրույքաչափը, որը կարող է կիրառվել, երբ Ձեր բժիշկը Ձեզ համար նշանակի որոշակի դեղերի մեկ ամսից պակաս պաշար, և Ձեզանից պահանջվում է վճարել համավճար: Ծախսաբաժնի օրական դրույքաչափը համավճարն է՝ բաժանված ամսվա մատակարարման օրերի քանակի վրա:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ահա մի օրինակ. Ենթադրենք, Ձեր դեղի համավճարը մեկ ամսվա պաշարի համար (30 օրվա պաշար) կազմում է \$1,35: Սա նշանակում է, որ Ձեր դեղի համար վճարվող գումարը օրական \$0,05-ից պակաս է: Եթե Դուք ստանում եք դեղի յոթ օրվա պաշար, Ձեր վճարումը կազմում է օրական \$0,05-ից պակաս՝ բազմապատկած յոթ օրով, և \$0,35-ից պակաս՝ ընդհանուր վճարման դեպքում:

Ծախսերի բաժին. Ձեր առողջական խնամքի ծախսերի այն մասը, որը Դուք պետք է վճարեք ամեն ամիս վճարել՝ նախքան նպաստների ուժի մեջ մտնելը: Ձեր ծախսերի բաժնի գումարը տարբերվում է՝ կախված է Ձեր եկամուտից և միջոցներից:

Ծերանոց կամ խնամքի հաստատություն. հաստատություն, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, որոնք չեն կարող իրենց խնամքը ստանալ տանը, բայց հիվանդանոցում գտնվելու կարիք չունեն:

Կազմակերպության որոշում. մեր ծրագիրը կայացնում է կազմակերպության անունից որոշում, երբ մենք կամ մեր մատակարարներից մեկը որոշում է, թե արդյոք ծառայություններն ապահովագրված են կամ որքան եք վճարում ապահովագրված ծառայությունների համար: Կազմակերպության որոշումները կոչվում են «ապահովագրական որոշումներ»: Այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը* բացատրում է ապահովագրական որոշումները:

Կանխարգելիչ ծառայություններ. առողջական խնամք՝ հիվանդությունը կանխելու կամ հիվանդությունը վաղ փուլում հայտնաբերելու համար, երբ բուժումը, ամենայն հավանականությամբ, լավագույնս կաշխատի (օրինակ՝ կանխարգելիչ ծառայությունները ներառում են ՊԱՊ թեստերը, գրիպի դեմ պատվաստումները և զննման մամոգրամա):

Կառավարվող առողջական խնամքի բաժին (DMHC). California-ի նահանգային բաժին, որը պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի մեծ մասի կարգավորման համար: DMHC-ն օգնում է մարդկանց Medi-Cal ծառայությունների վերաբերյալ բողոքների հարցում: DMHC-ն նաև իրականացնում է Անկախ բժշկական վերանայումներ (IMR):

Կենսաբանական ապրանք. դեղ, որը պատրաստվում է բնական և կենդանի աղբյուրներից, ինչպիսիք են կենդանիների բջիջները, բուսական բջիջները, բակտերիաները կամ խմորիչը: Կենսաբանական ապրանքներն ավելի բարդ բաղադրություն ունեն, քան այլ դեղերը և չի կարող կրկնօրինակվել նույնությամբ, այդ պատճառով այլընտրանքային ձևերը կոչվում են կենսանմանակներ: (Տե՛ս նաև «Բնօրինակ կենսաբանական ապրանք» և «Կենսանմանակ»):

Կենսանմանակ. կենսաբանական դեղամիջոց, որը շատ նման է, բայց ոչ նույնն է, ինչ սկզբնական կենսաբանական ապրանքի հետ: Կենսանմանակները նույնքան անվտանգ և արդյունավետ են, որքան սկզբնական կենսաբանական ապրանքը: Սկզբնական կենսաբանական ապրանքը կարող է դեղատանը փոխարինվել որոշ կենսանմանակներով՝ առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության: (Անցեք «Փոխարինող կենսանմանակներ» բաժին):

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Հաճախորդների սպասարկման բաժին. այն բաժինը, որը պատասխանատու է անդամակցության, նպաստների, բողոքների և բողոքարկումների վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Հաճախորդների սպասարկման բաժնի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 2-ը*:

Հաստատության ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն (CORF).

Հաստատություն, որը հիմնականում տրամադրում է վերականգնողական ծառայություններ հիվանդությունից, դժբախտ պատահարից կամ ծանր վիրահատությունից հետո: Այն տրամադրում է մի շարք ծառայություններ, այդ թվում՝ ֆիզիկական թերապիա, սոցիալական կամ հոգեբանական ծառայություններ, շնչառական թերապիա, աշխատանքային թերապիա, խոսքի թերապիա և տնային միջավայրի գնահատման ծառայություններ:

Համավճար. հաստատագրված գումար, որը Դուք վճարում եք որպես ծախսերի Ձեր բաժին ամեն անգամ, երբ ստանում եք որոշակի ծառայություններ կամ դեղեր: Օրինակ, Դուք կարող եք վճարել \$2 կամ \$5 ծառայության կամ դեղերի համար:

Հաշվեկշռային հաշիվ. գործնականում, երբ մատակարարը հիվանդին հաշիվ է ուղարկում մատակարարի ամբողջական հաշվի գանձումների և հիվանդի առողջապահական ծրագրի կողմից վճարված գումարի տարբերության համար:

Հմուտ բուժքույրական հաստատության (SNF) խնամք. հմուտ բուժքույրական խնամք և վերականգնողական ծառայություններ, որոնք մատուցվում են շարունակական, ամենօրյա հիմունքներով՝ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում: Հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի օրինակները ներառում են ֆիզիկական թերապիա կամ ներերակային (IV) ներարկումներ, որոնք գրանցված բուժքույրը կամ բժիշկը կարող է անել:

Հմուտ բուժքույրական հաստատություն (SNF). բուժքույրական հաստատություն՝ անձնակազմով և սարքավորումներով, որը տրամադրում է հմուտ բուժքույրական խնամք և, շատ դեպքերում, հմուտ վերականգնողական ծառայություններ և այլ հարակից առողջապահական ծառայություններ:

Հոսփիս. խնամքի և աջակցության ծրագիր՝ օգնելու հարմարավետ ապրել այն մարդկանց, որոնց մոտ ախտորոշվել է անբուժելի հիվանդություն: Անբուժելի հիվանդության ախտորոշում նշանակում է, որ անձը բժշկական էպիկրիզ է ստացել որպես անբուժելի հիվանդ, ինչը նշանակում է, որ նրա կյանքի սպասվող տևողությունը վեց ամիս կամ ավելի քիչ է:

- Ընդունված անդամ, ով ունի անբուժելի հիվանդության ախտորոշում, իրավունք ունի ընտրելու հոսփիս:
- Մասնագետների և խնամողների հատուկ պատրաստված թիմն ամբողջությամբ հոգ է տանում անձի համար՝ ներառյալ ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական և հոգևոր կարիքները:
- Մեզանից պահանջվում է Ձեզ տրամադրել Ձեր աշխարհագրական տարածքում գտնվող հոսփիս ծառայություններ մատակարարողների ցուցակը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Հրատապ անհրաժեշտ խնամք. խնամք, որը Դուք ստանում եք անսպասելի հիվանդության, վնասվածքի կամ առողջական խնդրի համար, որը արտակարգ իրավիճակ չէ, բայց անհապաղ խնամք է պահանջում: Դուք կարող եք հրատապ անհրաժեշտ խնամք ստանալ արտացանցային մատակարարներից, երբ չեք կարող հասնել նրանց, քանի որ հաշվի առնելով Ձեր ժամանակը, վայրը կամ հանգամանքները, հնարավոր չէ կամ անհիմն է ծառայություններ ստանալը ցանցային մատակարարներից (օրինակ, երբ Դուք գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, և Ձեզ անհրաժեշտ է բժշկական անհապաղ ծառայություններ չհետազոտված վիճակի համար, բայց դա բժշկական արտակարգ իրավիճակ չէ):

ՁԻԱՀ-ի դեղերի աջակցության ծրագիր (ADAP). ծրագիր, որն օգնում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով ապրող համապատասխանող անձանց օգտվել ՄԻԱՎ-ի՝ կյանք փրկող դեղամիջոցներից:

Մաս A. Ուսումնասիրեք «Medicare Մաս A»-ը:

Մաս B. Ուսումնասիրեք «Medicare Մաս B»-ն:

Մաս C. Ուսումնասիրեք «Medicare Մաս C»-ն:

Մաս D դեղեր. Ուսումնասիրեք «Medicare Մաս D դեղերը»:

Մաս D. Ուսումնասիրեք «Medicare Մաս D»-ն:

Մասնագետ. բժիշկ, ով բուժում է որոշ տեսակի առողջական խնամքի խնդիրներ: Օրինակ, ոսկրաբույժ վիրաբույժը բուժում է կոտրած ոսկորները. ալերգիաների մասնագետը բուժում է ալերգիաները. և սրտաբանը բուժում է սրտի խնդիրները: Հիմնականում անդամին անհրաժեշտ է լինում ուղեգիր իր PCP-ից՝ մասնագետի մոտ գնալու համար:

Մասնագիտացված դեղատոմս. ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը*՝ մասնագիտացված դեղատոմսերի մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Մատակարարներ. բժիշկներ, բուժքույրեր և այլ մարդիկ են, որոնք Ձեզ ծառայություններ և խնամք են տրամադրում և լիցենզավորված են նահանգի կողմից: Մատակարարները ներառում են նաև հիվանդանոցներ, տնային առողջապահական գործակալություններ, կլինիկաներ և այլ վայրեր, որոնք Ձեզ առողջական խնամքի ծառայություններ, վարքագծային առողջության ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և որոշակի LTSS են տրամադրում:

Մշակութային գիտելիքների դասընթաց. դասընթաց, որը լրացուցիչ հրահանգավորում է տրամադրում մեր առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին և օգնում է նրանց ավելի լավ հասկանալ Ձեր պատմությունը, արժեքները և համոզմունքները՝ ծառայությունները հարմարեցնելու համար Ձեր սոցիալական, մշակութային և լեզվական կարիքներին:



Նախօրոք լիազորում (PA). հաստատում, որը Դուք պետք է ստանաք մեզանից՝ նախքան որոշակի ծառայություն կամ դեղ ստանալը կամ ցանցից դուրս մատակարարին դիմելը: Մեր ծրագիրը չի կարող ապահովագրել ծառայության կամ դեղի ապահովագրական վճարը, եթե նախ հաստատում չստանաք:

Մեր ծրագիրն ընդգրկում է որոշ ցանցային բժշկական ծառայություններ միայն այն դեպքում, եթե Ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ մատակարարը մեզանից PA ստանա:

- Ապահովագրված ծառայությունները, որոնք կարիք ունեն մեր ծրագրի PA-ի, նշված են այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 4-ում*:

Մեր ծրագիրն ընդգրկում է որոշ դեղեր միայն այն դեպքում, եթե Դուք մեզանից PA ստանաք:

- Ապահովագրված դեղերը, որոնք կարիք ունեն մեր ծրագրի PA-ի, նշված են *Ապահովագրված դեղերի ցանկում*, իսկ կանոնները տեղադրված են մեր կայքում:

Նահանգային լսում. եթե Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար խնդրում է Medi-Cal ծառայություն, որը մենք չենք հաստատելու, կամ մենք չենք ցանկանում շարունակել վճարել Medi-Cal ծառայության համար, որը Դուք արդեն ունեք, կարող եք խնդրել նահանգային լսումներ: Եթե Նահանգային լսումը որոշվի Ձեր օգտին, մենք պետք է Ձեզ մատուցենք Ձեր պահանջած ծառայությունը:

Շտապ օգնություն. ապահովագրված ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են այնպիսի մատակարարի կողմից, որը վերապատրաստվել է շտապ օգնության այն ծառայությունները մատուցելու նպատակով, որոնք անհրաժեշտ են բժշկական կամ վարքագծային առողջության արտակարգ իրավիճակների բուժման համար:

Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO). բժիշկների և առողջապահության այլ փորձագետների խումբ, որոնք օգնում են բարելավել Medicare ունեցող մարդկանց խնամքի որակը: Դաշնային կառավարությունը վճարում է QIO-ին՝ հիվանդներին տրվող խնամքը ստուգելու և բարելավելու համար: QIO-ի մասին տեղեկությունների համար տե՛ս այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 2-ը*:

Ուղեգիր. ուղեգիրը Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի (PCP) կամ մեր հաստատումն է՝ Ձեր PCP-ից բացի այլ մատակարարի դիմելու համար: Եթե նախապես հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չփոխհատուցել ծառայությունները: Որոշ մասնագետների, օրինակ՝ կանանց առողջության մասնագետների դիմելու համար ուղեգիր պետք չէ: Հղումների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխներ 3-ում և 4-ում*:

Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS). ամբուլատոր, հաստատության հիմքի վրա գործող սպասարկման ծրագիր, որը տրամադրում է հմուտ բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, աշխատանքային և խոսքի թերապիա, անձնական խնամք, ընտանիքի/խնամակալների ուսուցում և աջակցություն, սննդի ծառայություններ, փոխադրում և այլ ծառայություններ այն անդամներին, որոնք համապատասխանում են չափանիշներին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Պաշտպանված առողջական տեղեկություն (նաև կոչվում է Անձնական առողջական տեղեկություն) (PHI). տեղեկություններ Ձեր և Ձեր առողջության մասին, ինչպիսիք են Ձեր անունը, հասցեն, սոցիալական ապահովության համարը, բժշկի այցելությունները և բժշկական պատմությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք մեր Գաղտնիության պրակտիկայի մասին ծանուցումը, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում, օգտագործում և բացահայտում Ձեր PHI-ը, ինչպես նաև Ձեր իրավունքները՝ կապված Ձեր PHI-ի հետ:

Պրոթեզավորում և օրթեզավորում. Ձեր բժշկի կամ այլ բուժաշխատողի կողմից պատվիրված բժշկական սարքեր, որոնք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ ձեռքի, մեջքի և պարանոցի բանդաժներ, արհեստական վերջույթներ, արհեստական աչքեր, և սարքեր, որոնք անհրաժեշտ են մարմնի ներքին օրգանի կամ ֆունկցիայի փոխարինման համար, ներառյալ օստոմիայի պարագաները և էներալ ու պարենտերալ սնուցման թերապիան:

Ջեներիկ դեղ. FDA-ի կողմից հաստատված դեղ, որն օգտագործվում է ապրանքանշով դեղի փոխարեն: Ջեներիկ դեղն ունի նույն բաղադրիչները, ինչ ապրանքանշով դեղը: Այն սովորաբար ավելի էժան է և աշխատում է նույնքան լավ, որքան ապրանքանիշով դեղը:

Միալ/ոչ պատշաճ գանձում. իրավիճակ, երբ մատակարարը (օրինակ՝ բժիշկը կամ հիվանդանոցը) Ձեզանից ավելի շատ է գանձում, քան ծառայությունների համար վճարվող ծախսերի մեր գումարի չափն է: Զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին, եթե Դուք անհասկանալի հաշիվներ եք ստանում:

Որպես ծրագրի անդամ՝ Դուք վճարում եք մեր ծրագրի ծախսերի բաշխման գումարները միայն այն դեպքում, երբ ստանաք մեր կողմից ապահովագրված ծառայությունները: Մենք թույլ չենք տալիս մատակարարներին այս գումարից ավելի հաշիվ ներկայացնել Ձեզ:

Սկզբնական ապահովագրության փուլ. այն փուլը, երբ Ձեր Medicare Մաս D դեղերի ընդհանուր ծախսերը դեռ չեն հասել \$2400-ի: Մա ներառում է Ձեր վճարած գումարները, այն, ինչ վճարել է մեր ծրագիրը Ձեր անունից, և ցածր եկամուտ ունեցող սուբսիդիան: Դուք սկսում եք այս փուլում, երբ լրացնում եք տարվա Ձեր առաջին դեղատոմսը: Այս փուլում մենք վճարում ենք Ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր բաժինը:

Սպասարկման տարածք. աշխարհագրական տարածք, որտեղ առողջապահական ծրագիրն ընդունում է անդամներ, եթե այն սահմանափակում է անդամակցությունը՝ հիմնվելով մարդկանց բնակության վայրի վրա: Այն ծրագրերի համար, որոնք սահմանափակում են, թե որ բժիշկներին ու հիվանդանոցները կարող եք դիմել, դա ընդհանուր առմամբ այն տարածքն է, որտեղ Դուք կարող եք սովորական (ոչ շտապ օգնության) ծառայություններ ստանալ: Միայն մարդիկ, ովքեր ապրում են մեր սպասարկման տարածքում, կարող են գրանցվել մեր ծրագրին:

Ստացիոնար բուժում. տերմին, որն օգտագործվում է, երբ Դուք պաշտոնապես ընդունվում եք հիվանդանոց՝ մասնագիտացված բժշկական ծառայություններ ստանալու համար: Եթե Դուք պաշտոնապես ընդունված չեք, Դուք դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ՝ ստացիոնարի փոխարեն, նույնիսկ եթե գիշերում եք հիվանդանոցում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Վարչական իրավունքի դատավոր. վարչական իրավունքի դատավորը (ALJ) դատավոր է, որը լսում և որոշում է պետական մարմինների հետ կապված գործերը: Դատավոր, որը քննում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը:

Վարքագծային առողջություն. վերաբերում է Ձեր հուզական, հոգեբանական և սոցիալական բարեկեցությանը: Ավելի պարզ տերմիններով՝ դա այն մասին է, թե ինչպես ենք մենք մտածում, զգում և շփվում ուրիշների հետ: Դա ընդհանրական տերմին, որը վերաբերում է հոգեկան առողջության և թմրանյութերի օգտագործման խանգարման ծառայություններին:

Վերականգնողական ծառայություններ. բուժում, որը Դուք ստանում եք, և որը կօգնի Ձեզ վերականգնվել հիվանդությունից, դժբախտ պատահարից կամ լուրջ վիրահատությունից հետո: Այս ծառայություններն ընդգրկում են ստացիոնար վերականգնողական խնամքը, ֆիզիկական թերապիան (ամբուլատոր), խոսքի և լեզվի թերապիան և աշխատանքային թերապիան: Ուսումնասիրեք այս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 4-ը*՝ վերականգնողական ծառայությունների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագիր (PACE). ծրագիր, որը ներառում է Medicare-ի և Medicaid-ի նպաստները միասին՝ 55 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար, որոնք կարիք ունեն ավելի բարձր մակարդակի խնամքի՝ տանն ապրելու համար:

Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS) IHSS ծրագիրը կօգնի վճարել խնամքի մասնակից մատակարարներին Ձեզ մատուցվող ծառայությունների համար, որպեսզի Դուք կարողանաք ապահով ապրել Ձեր սեփական տանը: IHSS-ը տնից դուրս խնամքի այլընտրանք է, ինչպիսիք են ծերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները: Ծառայություններ ստանալու համար անցկացվում է գնահատում՝ որոշելու, թե որ տեսակի ծառայություններ կարող են հաստատվել յուրաքանչյուր մասնակցի համար՝ ելնելով իր կարիքներից: Ծառայությունների տեսակները, որոնք կարող են լիազորվել IHSS-ի միջոցով հետևյալն են՝ տան մաքրում, ճաշի պատրաստում, լվացք, մթերային գնումներ, անձնական խնամքի ծառայություններ (օրինակ՝ աղիների և միզապարկի խնամք, լոգանք, հարդարանք և պարափոխակայան ծառայություններ), բժշկական այցերի ուղեկցում և պաշտպանական հսկողություն մտավոր խնդիրներ ունեցողների համար: Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալությունները ղեկավարում են IHSS-ը:

Տնային առաքման ծրագիր. Որոշ ծրագրեր կարող են առաջարկել տնային առաքման ծրագիր, որը թույլ է տալիս ստանալ Ձեր ապահովագրված դեղատոմսով դեղերի մինչև երեք ամսվա պաշար, որն ուղարկվում է անմիջապես Ձեր տուն: Սա կարող է լինել ծախսարդյունավետ և հարմար միջոց՝ Ձեր կանոնավոր ընդունած դեղատոմսերով դեղերի պաշարը լրացնելու համար:

Տնային առողջապահության օգնական. անձը, որը մատուցում է այնպիսի ծառայություններ, որոնք կարիք չունեն լիցենզավորված բուժքրոջ կամ թերապիստի հմտությունների, ինչպես օրինակ՝ անձնական խնամքի հետ կապված օգնությունը (օրինակ՝ լողանալը, զուգարանից օգտվելը, հագնվելը կամ նշանակված վարժությունների կատարումը): Տնային առողջապահության օգնականները չունեն բուժքույրական լիցենզիա կամ թերապիա չեն տրամադրում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Տնական օգտագործման բժշկական սարքեր (DME). որոշ պարագաներ, որոնք Ձեր բժիշկը նշանակում է Ձեր սեփական տանը օգտագործելու համար: Այսպիսի պարագաներ են անվասայլակները, հենակները, էլեկտրական ներքնակների համակարգեր, դիաբետիկ պարագաներ, մատակարարի կողմից պատվիրված հիվանդանոցային մահճակալներ տանն օգտագործելու համար, ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր, խոսք առաջացնող սարքեր, թթվածնի սարքավորումներ և պարագաներ, ներուլայգերներ և քայլակներ:

Ցածր եկամուտների սուբսիդիա (LIS). Ուսումնասիրեք «Extra Help» բաժինը:

Ցանցի դեղատոմս. դեղատոմս (դեղերի խանութ), որը համաձայնել է դեղատոմսերով դեղերի պաշար լրացնել մեր ծրագրի անդամների համար: Մենք դրանք անվանում ենք «ցանցի դեղատոմսեր», քանի որ նրանք համաձայնել են աշխատել մեր ծրագրի հետ: Շատ դեպքերում մենք ապահովագրում ենք Ձեր դեղատոմսերը միայն այն դեպքում, երբ դրանք լրացվում են մեր ցանցի դեղատոմսերից մեկում:

Ցանցի մատակարար. մատակարարներ են, ովքեր աշխատում են մեր ծրագրի հետ: Այս մատակարարները համաձայնում են ընդունել մեր վճարումը որպես ամբողջական վճարում: Մենք պայմանավորվել ենք, որ այս մատակարարները Ձեզ մատուցեն ապահովագրված ծառայություններ: Ցանցի մատակարարները մեզ ուղղակիորեն հաշիվ են ներկայացնում այն խնամքի համար, որը նրանք Ձեզ տալիս են: Երբ Դուք օգտվում եք ցանցի մատակարարից, Դուք սովորաբար ոչինչ չեք վճարում ապահովագրված ծառայությունների համար: «Մատակարարը» ընդհանուր տերմին է, որը մենք օգտագործում ենք բժիշկների, բուժքույրերի և այլ մարդկանց համար, որոնք Ձեզ ծառայություններ և խնամք են տրամադրում: Տերմինը ներառում է նաև հիվանդանոցներ, տնային առողջապահական գործակալություններ, կլինիկաներ և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են Ձեզ առողջապահական ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

Փոխարինող կենսանմանակներ. կենսանմանակ, որը կարող է փոխարինվել դեղատանը առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության, քանի որ այն համապատասխանում է լրացուցիչ պահանջներին՝ կապված ավտոմատ փոխարինման հնարավորության հետ: Դեղատանը կատարվող ավտոմատ փոխարինումը պետք է համապատասխանի նահանգային օրենքին:

Փուլային թերապիա. ապահովագրության կանոն, որը պահանջում է, որ Դուք փորձեք մեկ այլ դեղ՝ նախքան Ձեր պահանջած դեղի ապահովագրելը:

Քանակի սահմանափակումներ. Ձեր կողմից օգտագործվող դեղերի քանակի սահմանափակում: Մենք կարող ենք սահմանափակել դեղամիջոցների քանակը, որը մենք ապահովագրում ենք մեկ դեղատոմսի համար:



Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին

Տեսակ	Մանրամասներ
ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-452-4413 Այս համարին զանգերն անվճար են: 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառերով, բրայլյան այբուբենով և/կամ ձայնագրությամբ՝ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Հաճախորդների սպասարկման բաժինն ունի նաև անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են անգլերեն չխոսողներին:
TTY	711 Այս հեռախոսահամարով զանգահարելու համար պահանջում են հատուկ հեռախոսային սարքավորումներ, քանի որ այն նախատեսված է միայն այն մարդկանց համար, ովքեր լսողության կամ խոսելու դժվարություններ ունեն: Այս համարին զանգերն անվճար են: 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր:
ՖԱՔՍ	877-251-6671
ԳՐԵՔ	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
ԿԱՅՔԷՉ	blueshieldca.com/medicare

PRA-ի Բացահայտման հայտարարություն. 1995 թվականի Փաստաթղթերի կրճատման մասին օրենքի համաձայն, ոչ ոք պարտավոր չէ պատասխանել տեղեկատվության հավաքման հարցումներին, եթե դրանք չունեն վավեր OMB հսկիչ համար: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի (OMB) վավեր վերահսկիչ համարն է 0938-1444: Եթե այս ձևաթղթի բարելավմանն ուղղված մեկնաբանություններ կամ առաջարկներ ունեք, գրեք հետևյալ հասցեին՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 08:00-ից 20:00, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք blueshieldca.com/medicare:



blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555