

# مدارک پوشش بیمه

مزایا و خدمات درمانی Medicare و پوشش داروهای تجویزی  
شما به عنوان عضوی از

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

کانتی‌های لس‌آنجلس و سن‌دیگو

1 ژانویه 2027 - 31 دسامبر 2027



## Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) یک طرح بیمه Medi-Medi دفترچه اطلاعاتی اعضا

H2819\_26\_142A\_C\_FA Approved 08272026

تأییدیه OMB به شماره 0938-1444 (انقضا: 5/31/2029)

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



1 ژانویه 2027 - 31 دسامبر 2027

## پوشش خدمات سلامت و دارویی شما تحت طرح بیمه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

### معرفی دفترچه اطلاعاتی اعضا

این دفترچه اطلاعاتی اعضا، که با عنوان «سند پوشش بیمه» (Evidence of Coverage) نیز شناخته می‌شود، به شما درباره پوشش بیمه‌ای‌تان تا 31 دسامبر 2027 تحت طرح ما اطلاعات می‌دهد. دفترچه راهنمای اعضا، خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)، پوشش داروها، و خدمات و حمایت‌های طولانی مدت را توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در فصل 12 این دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

این یک سند قانونی مهم است. آن را در محل امنی نگه دارید.

وقتی در این دفترچه اطلاعاتی اعضا از «ما»، «مال ما»، «برای ما» یا «طرح ما» استفاده می‌شود، منظور Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan است.

این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی (سنتی)، چینی (ساده شده)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس است.

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان در قالب‌های دیگری مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا صوتی از طریق تماس با خدمات مشتریان، به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT)، دریافت کنید. این تماس رایگان است.

- شما می‌توانید همین حالا یا در آینده، یک درخواست دائمی برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی جایگزین، ارائه دهید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید. برای ارتباطات آتی، زبان و قالب دلخواه شما در پرونده نگهداری می‌شود. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.

اطلاعیه در مورد دسترسی به خدمات کم‌زبانی و خدمات و ابزارهای کمکی

**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.**

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## 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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុន 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 TTY: 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 TTY: 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 serbisyon ng ito.

### **เท็กไทป์ภาษาไทย (Thai)**

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

### **Примітка українською (Ukrainian)**

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.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

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.

## سایر زبان‌ها

شما می‌توانید این «دفترچه اطلاعاتی/اعضا» و سایر مطالب طرح بیمه را به صورت رایگان به سایر زبان‌ها دریافت کنید. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ترجمه‌های کتبی را ارائه می‌دهد که توسط مترجم‌های واجد شرایط تهیه شده است. با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات امداد زبانی مربوط به مراقبت درمانی از قبیل خدمات مترجم شفاهی و ترجمه، این دفترچه اطلاعاتی/اعضا را مطالعه نمایید.

## سایر فرمت‌ها

شما می‌توانید این اطلاعات را به موقع در سایر فرمت‌ها از قبیل خط بریل، چاپ درشت با فونت 20، فرمت صوتی و فرمت‌های الکترونیک قابل دسترسی (CD داده) بدون پرداخت هزینه، دریافت نمایید. با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

## خدمات دسترسی زبانی

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan خدمات ترجمه شفاهی و همچنین زبان اشاره را به صورت 24 ساعته، بدون هیچ هزینه‌ای، توسط مترجم شفاهی واجد شرایط به شما ارائه می‌دهد. مجبور نیستید که از یکی از اعضای خانواده یا دوستان به عنوان مترجم شفاهی استفاده کنید. ما، به جز در موارد اورژانس، استفاده از خانواده یا دوستان به ویژه کودکان را به عنوان مترجم شفاهی توصیه نمی‌کنیم. خدمات دسترسی زبانی شامل خدمات مترجم شفاهی به صورت رایگان موجود است. خدمات مترجم شفاهی 24 ساعته و 7 روز هفته در دسترس است.

برای دریافت کمک به زبان خود یا دریافت این دفترچه به زبانی دیگر، با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

### موارد رفع مسئولیت

- ❖ مزایا و/یا سهم ثابت بیمه‌شده (copayment) شما ممکن است از تاریخ 1 ژانویه 2028 تغییر کند.
- ❖ مزایای مربوط به مواد غذایی و محصولات کشاورزی که به آن اشاره شده، بخشی از «مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) است. همه اعضای برنامه واجد شرایط نخواهند بود. واجد شرایط بودن بستگی به این دارد که فرد مشمول، واجد تعریف «عضو مبتلا به بیماری مزمن» باشد. بیماری‌های مزمن واجد شرایط شامل موارد زیر می‌شوند، اما به این موارد محدود نیستند: اختلالات قلبی-عروقی؛ نارسایی مزمن قلب؛ دیابت شیرین؛ اضافه‌وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛ و اختلالات مزمن ریوی. لطفاً برای فهرست کامل بیماری‌های مزمن واجد شرایط و الزامات مربوط به واجد شرایط بودن، به دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- ❖ داروهای تحت پوشش، شبکه داروخانه و یا شبکه ارائه‌کنندگان خدمات ما، ممکن است هر زمان تغییر کنند. در مورد هرگونه تغییراتی که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد، حداقل از 30 روز قبل اطلاعیه‌ای دریافت خواهید کرد.
- ❖ این مسئولیت طرح بیمه درمانی ما است که مزایای شما را با Medi-Cal (Medicaid) شما هماهنگ کند.
- ❖ Blue Shield of California یک برنامه HMO D-SNP است که با Medicare و با California State Medicaid Program قرارداد دارد. ثبت نام در Blue Shield of California بستگی به تجدید قرارداد دارد.



- ❖ پوشش تحت Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، نوعی پوشش درمانی واجد شرایط است که «حداقل پوشش ضروری» نامیده می‌شود. این پوشش، الزام مسئولیت مشترک فردی قانون «حمایت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه» (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) را برآورده می‌کند. از وبسایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره الزامات مسئولیت مشترک فردی، بازدید کنید.
- ❖ Amazon Pharmacy مستقل از Blue Shield of California است و با Blue Shield قرارداد دارد تا تحویل داروهای نسخه‌دار در منزل را برای اعضای Blue Shield فراهم کند.



## فصل 1: شروع به عنوان یک عضو

### مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی درباره Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan می‌باشد که یک طرح بیمه درمانی است که همه خدمات Medicare شما را پوشش داده و همچنین، همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویت شما در آن را، هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاری می‌توانید داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

### فهرست مطالب

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. به طرح بیمه ما خوش آمدید.....                                             | 13 |
| B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal.....                                   | 13 |
| B1. Medicare.....                                                            | 13 |
| B2. Medi-Cal.....                                                            | 13 |
| C. مزایای طرح بیمه درمانی ما.....                                            | 14 |
| D. منطقه خدماتی طرح بیمه ما.....                                             | 15 |
| E. چگونه می‌توان برای عضویت در طرح بیمه واجد شرایط شد؟.....                  | 15 |
| F. انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو طرح بیمه درمانی ما می‌شوید..... | 16 |
| G. تیم مراقبت و برنامه مراقبتی شما.....                                      | 17 |
| G1. تیم مراقبت.....                                                          | 17 |
| G2. برنامه مراقبتی.....                                                      | 17 |
| H. خلاصه هزینه‌های مهم.....                                                  | 17 |
| H1. مبلغ طرح پرداخت داروهای نسخه‌ای Medicare.....                            | 18 |
| I. این دفترچه اطلاعاتی اعضا.....                                             | 18 |
| J. اطلاعات مهم دیگری که شما از ما دریافت می‌کنید.....                        | 18 |
| J1. کارت شناسایی عضو شما.....                                                | 18 |
| J2. فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها.....                                   | 19 |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- J3. فهرست داروهای تحت پوشش ..... 21
- J4. شرح مزایا ..... 21
- K. به روز نگه داشتن اطلاعات پرونده عضویت خود ..... 21
- K1. محرمانگی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) ..... 22



## A. به طرح بیمه ما خوش آمدید

طرح بیمه درمانی ما خدمات Medicare و Medi-Cal را در اختیار افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند، قرار می‌دهد. طرح بیمه ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت رفتاری و سایر تامین کنندگان است. همچنین ما هماهنگ کنندگان مراقبت و تیم‌های مراقبتی داریم که به شما در مدیریت ارائه‌کنندگان و خدمات کمک می‌کنند. همه این اشخاص برای ارائه مراقبت مورد نیاز شما فعالیت می‌کنند.

## B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal

### B1. Medicare

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

- افراد 65 ساله و بالاتر،
- بعضی افراد زیر 65 سال مبتلا به معلولیت، و
- افراد مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی (نارسایی کلیه).

### B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط ایالت ارائه شده و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال تأمین می‌شود. Medi-Cal به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند، هزینه خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (Long-Term Services and Supports, LTSS) و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را، پوشش می‌دهد.

هر ایالت تصمیم می‌گیرد:

- چه چیزی درآمد و منابع محسوب می‌شود،
- چه کسی واجد شرایط است،
- چه خدماتی تحت پوشش است، و
- هزینه خدمات چقدر باشد.

ایالت‌ها مادامی که از قوانین فدرال پیروی کنند، می‌توانند درباره روش مدیریت برنامه‌هایشان تصمیم بگیرند.

Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح بیمه ما را تایید کرده‌اند. شما می‌توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از طریق طرح بیمه ما تا زمانی دریافت کنید که:

- ما تصمیم به ارائه این طرح بیمه داشته باشیم، و
- Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما اجازه دهند که به عرضه این طرح بیمه ادامه دهیم.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



حتی اگر طرح بیمه ما در آینده به فعالیت خود خاتمه دهد، واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.

## C. مزایای طرح بیمه درمانی ما

شما اکنون می‌توانید همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود، از جمله دارو را از طرح بیمه ما دریافت کنید. شما هزینه دیگری را برای عضویت در این طرح بیمه پرداخت نمی‌کنید.

ما کمک می‌کنیم که مزایای Medicare و Medi-Cal شما به صورت بهتری با یکدیگر عمل کنند. برخی از مزایا عبارتند از:

- شما می‌توانید در زمینه بیشتر نیازهای مراقبت درمانی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک گروه مراقبتی دارید که در ایجاد آن نقش دارید. گروه مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، مراقبت دهنده به شما، پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین سلامت باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی دارید. هماهنگ‌کننده مراقبت، شخصی است که با شما، با طرح بیمه ما و تیم مراقبتی شما همکاری دارد تا در ایجاد برنامه مراقبت کمک کند.
- شما می‌توانید مراقبت از خودتان را با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت اداره کنید.
- تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت شما در تهیه یک برنامه مراقبت با شما همکاری خواهند داشت که برای رفع نیازهای درمانی شما طراحی شده است. گروه مراقبتی به هماهنگ‌سازی خدمات مورد نیاز شما کمک می‌کند. برای مثال، این به آن معنی است که تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
  - پزشکان شما درباره همه داروهای مورد مصرف شما آگاهی دارند تا بتوانند مطمئن شوند که شما داروهای درست را مصرف می‌کنید و بتوانند هرگونه اثرات جانبی که ممکن است در نتیجه مصرف داروها داشته باشید را کاهش دهند.
  - نتایج آزمایشات شما در صورت لزوم، در اختیار همه پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان مربوطه قرار داده شوند.
- اعضای جدید Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: در بیشتر موارد، برای دریافت مزایای Medicare خود، در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، در اولین روز ماه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ثبت‌نام خواهید شد. ممکن است همچنان بتوانید تا حداکثر دو ماه خدمات Medi-Cal خود را از طرح بیمه Medi-Cal قبلی خود دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق طریق Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره‌های انتهای صفحه با ما تماس بگیرید.



## D. منطقه خدماتی طرح بیمه ما

منطقه خدماتی طرح بیمه ما شامل این کانتی‌ها در کالیفرنیا می‌شود: Los Angeles و San Diego.

تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو طرح بیمه ما شوند.

اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح بیمه ما باقی بمانید. برای اطلاعات بیشتر درباره نتایج خروج از منطقه خدماتی ما، به فصل 8 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

## E. چگونه می‌توان برای عضویت در طرح بیمه واجد شرایط شد؟

شما تا زمانی برای عضویت در طرح بیمه ما واجد شرایط هستید که:

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (محل اسکان افراد زندانی منطقه خدماتی محسوب نمی‌شود، حتی اگر از نظر فیزیکی در آنجا حضور داشته باشند)، و
- در هنگام ثبت نام 21 ساله و بالاتر باشید، و
- در هر دوی Medicare بخش A و Medicare بخش B، عضو باشید، و
- شهروند یا تبعه ایالات متحده بوده یا یک غیرشهروند واجد شرایط باشید، و
- در حال حاضر واجد شرایط Medi-Cal باشید.
- اگر واجد شرایط بودن برای Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار بروید که دوباره ظرف مدت شش ماه آن را به دست بیاورید، ما به ارائه همه مزایای Medicare تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ادامه خواهیم داد. هنگامی که پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نمی‌کنیم. این همچنین به آن معنی است که هزینه‌های پرداختی از جیب شما، مانند سهم ثابت بیمه‌شده، حق بیمه‌ها و فرانشیزها، در ماه‌هایی که پوشش Medi-Cal را از دست داده‌اید، بیشتر خواهند بود. برای کسب اطلاعات بیشتر و دریافت کمک در مورد تمدید واجد شرایط بودن برای Medi-Cal، با تیم حفظ مشتریان Blue Shield Duals به شماره (TTY: 711) 1-844-378-4181، از 8 a.m. تا 5 p.m.، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.

ما به شما کمک خواهیم کرد تا واجد شرایط بودن برای Medi-Cal را دوباره به دست بیاورید. اگر در حالی که هنوز برای پوشش Medicare خود نزد ما ثبت‌نام هستید، واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal دوباره برقرار شود، ما پرداخت هزینه مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما نزد ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید Medi-Cal را ظرف 6 ماه دوباره به دست بیاورید، ما ثبت‌نام شما را در طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan لغو خواهیم کرد. اگر پس از لغو ثبت‌نام دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، برای ثبت‌نام مجدد در طرح باید با ما تماس بگیرید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## F. انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو طرح بیمه درمانی ما می‌شوید

هنگامی که برای اولین بار عضو طرح ما می‌شوید، یک فرم «ارزیابی ریسک سلامت» (health risk assessment, HRA) را ظرف 90 روز قبل یا بعد از تاریخ شروع پوشش خود دریافت می‌کنید.

ما باید یک فرم HRA را برای شما تکمیل کنیم. HRA اساس ایجاد برنامه مراقبتی شما است. فرم HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و نیازهای عملکردی شما است.

ما برای تکمیل فرم HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می‌توانیم HRA را در یک جلسه حضوری، تماس تلفنی یا پستی تکمیل کنیم. ما هر سال با شما تماس می‌گیریم تا ببینیم آیا نیازهای شما تغییر کرده‌اند یا خیر.

ما درباره این فرم HRA اطلاعات بیشتری برای شما ارسال خواهیم کرد.

**اگر طرح ما برای شما جدید است،** می‌توانید برای مدت مشخصی نزد همان پزشکانی که هم اکنون مراجعه می‌کنید، بروید، حتی اگر خارج از شبکه ما باشند. ما این ویژگی را «ادامه مراقبت» (continuity of care) می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، چنانچه تمام شرایط زیر وجود داشته باشد، شما می‌توانید ارائه‌کنندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت‌نام، به مدت 12 ماه حفظ کنید:

- شما، نماینده شما، یا ارائه‌کننده شما، از ما درخواست کند به شما اجازه دهیم که به استفاده از ارائه‌کننده فعلی ادامه دهید.

- ما تأیید کنیم که شما با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی، یک رابطه از قبل موجود، داشته‌اید، البته با برخی استثناها. وقتی می‌گوییم «رابطه از قبل موجود»، به آن معنی است که شما حداقل یک بار در 12 ماه اخیر برای یک ویزیت غیر اورژانسی قبل از تاریخ ثبت‌نام اولیه در برنامه درمانی ما، به یک ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.

- ما رابطه موجود را با بررسی اطلاعات سلامت شما یا اطلاعاتی که شما به ما می‌دهید، تعیین می‌کنیم.

- ما برای پاسخگویی به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. شما همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید که تصمیم سریع‌تری را اتخاذ کنیم و در آن صورت، باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم. می‌توانید این درخواست را با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 ارائه دهید. اگر در معرض آسیب باشید، ما باید ظرف سه روز پاسخ دهیم.

- شما یا ارائه‌دهنده شما باید مستندات از رابطه موجود نشان داده و در زمان درخواست، با شرایط خاصی موافقت کنید.

**توجه:** شما می‌توانید این درخواست را برای تامین‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) برای مدت حداقل 90 روز ارائه کنید، تا زمانی که ما یک مجوز جدید اجاره DME صادر و از یک تامین‌کننده داخل شبکه بخواهیم تجهیزات اجاره شده را تحویل دهد. اگرچه نمی‌توانید این درخواست را برای تامین‌کنندگان خدمات حمل و نقل یا ارائه‌کنندگان خدمات جانبی دیگر ارائه کنید، اما می‌توانید برای خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات جانبی که مشمول طرح ما نیستند، درخواست ارائه کنید.



پس از پایان دوره ادامه مراقبت، باید از پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan استفاده کنید که با گروه پزشکی ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه شما همکاری دارند، مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه شما توافقنامه امضا کنیم. ارائه‌کننده داخل شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با این طرح بیمه درمانی، همکاری دارد. گروه پزشکی یا انجمن پزشکان مستقل (Independent Physician Association, IPA)، سازمانی است که طبق قوانین کالیفرنیا تشکیل شده و با طرح‌های بیمه درمانی قرارداد دارد تا به اعضای طرح بیمه درمانی، خدمات مراقبت درمانی ارائه دهد، یا ارائه این خدمات را برایشان هماهنگ کند. یک گروه پزشکی یا IPA، انجمنی از پزشکان مراقبت اولیه و متخصصان است که با هدف ارائه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ به شما، ایجاد شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مراقبت به فصل 3 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

## G. تیم مراقبت و برنامه مراقبتی شما

### G1. تیم مراقبت

تیم مراقبت می‌تواند به شما در ادامه دریافت مراقبت موردنیازتان کمک کند. تیم مراقبت می‌تواند شامل پزشک شما، یک هماهنگ‌کننده مراقبت، متخصصان شما یا سایر متخصصان سلامتی باشد که شما انتخاب کرده‌اید. هماهنگ‌کننده مراقبت، فردی مجرب برای کمک به شما در مدیریت مراقبت موردنیاز شما است. هنگامی که در طرح بیمه ما عضو می‌شوید، یک هماهنگ‌کننده مراقبت برای شما تعیین می‌شود. این فرد همچنین شما را به منابع محلی دیگر ارجاع می‌دهد که طرح بیمه ما ممکن است ارائه نکند، و با تیم مراقبت شما در کمک به هماهنگی مراقبت‌تان، همکاری می‌کند. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد هماهنگ‌کننده مراقبت و تیم مراقبتی خود، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با ما تماس بگیرید.

### G2. برنامه مراقبتی

تیم مراقبت شما در تهیه یک برنامه مراقبتی با شما همکاری خواهد داشت. برنامه مراقبتی به شما و پزشکان شما می‌گوید که به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می‌توانید آنها را دریافت کنید. این برنامه شامل خدمات پزشکی، سلامت رفتاری و LTSS شما یا سایر خدمات است.

برنامه مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت درمانی شما، و
- برنامه زمانی برای دریافت خدمات موردنیازتان.

تیم مراقبت شما بعد از آماده شدن فرم HRA شما با شما ملاقات خواهند کرد. آنها از شما درباره خدماتی که نیاز دارید، سوال خواهند کرد. آنها همچنین به شما درباره خدماتی خواهند گفت که ممکن است بخواهید به دریافت آنها فکر کنید. برنامه مراقبتی شما بر مبنای نیازها و اهداف شما ایجاد می‌شود. تیم مراقبت شما، حداقل یکبار در سال، در به روزرسانی برنامه مراقبتی شما با شما همکاری می‌کند.

## H. خلاصه هزینه‌های مهم

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- مبلغ طرح پرداخت داروهای نسخه‌ای Medicare (بخش H1)

در بعضی مواقع، ممکن است حق بیمه طرح درمانی شما، کمتر شود.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## H1. مبلغ طرح پرداخت داروهای نسخه‌ای Medicare

اگر در «طرح پرداخت داروهای نسخه‌ای Medicare» شرکت می‌کنید، برای داروهای خود صورتحسابی از طرح ما دریافت خواهید کرد (به جای پرداخت هزینه به داروخانه). صورتحساب ماهانه شما بر اساس مبلغی که بابت هر نسخه دریافتی بدهکار هستید، به علاوه مانده بدهی ماه قبل، و سپس تقسیم این مجموع بر تعداد ماه‌های باقی‌مانده از سال محاسبه می‌شود.

**فصل 2** اطلاعات بیشتری درباره «طرح پرداخت داروهای نسخه‌ای Medicare» ارائه می‌دهد. اگر با مبلغی که به عنوان بخشی از این گزینه پرداخت، صورتحساب شده است، موافق نیستید، می‌توانید مراحل مشخص شده در **فصل 9** را برای ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر، دنبال کنید.

### 1. این دفترچه اطلاعاتی اعضا

این دفترچه اطلاعاتی اعضا بخشی از قرارداد ما با شما می‌باشد. این بدین معنی که ما باید از همه مقررات این سند تبعیت کنیم. اگر فکر می‌کنید ما عملی را انجام داده‌ایم که خلاف این مقررات است، می‌توانید در مورد اقدام ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

همچنین شما می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان، یک نسخه از دفترچه اطلاعاتی اعضا را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به آدرس ذکر شده در انتهای صفحه، دفترچه اطلاعاتی اعضا در وبسایت ما را مشاهده کنید.

این قرارداد بین 1 ژانویه 2027 و 31 دسامبر 2027، برای ماه‌هایی که در طرح ما ثبت‌نام هستید، قابل اجرا است.

### 2. اطلاعات مهم دیگری که شما از ما دریافت می‌کنید

سایر اطلاعات مهمی که ما در اختیار شما قرار می‌دهیم عبارتند از کارت شناسایی عضو، اطلاعات درباره روش دسترسی به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها، فهرست داروهای تحت پوشش موسوم به فهرست دارویی یا مجموعه دارویی (Formulary).

#### J1. کارت شناسایی عضو شما

بر اساس طرح ما، شما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود دارید که شامل خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)، برخی از خدمات سلامت رفتاری، و نسخه‌های دارویی می‌شود. شما در هنگام دریافت هرگونه خدمات یا نسخه، این کارت را نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضو است:

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



|                                                                                                               |                                                                                   |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                              |                                                                                   | <b>Member ID:</b> <Cardholder ID#><br><b>Medi-Cal ID:</b> <Medi-Cal ID#> |
| <b>Member Name:</b> <Member Name Line 1><br><Member Name Line 2><br><b>Care Coordinator Phone:</b> <CC Phone> |  |                                                                          |
| <b>PCP:</b> <Provider Name><br><b>PCP Phone:</b> <PCP Phone><br><Medical Group Name>                          | <b>RxBIN:</b> 026696<br><b>RxPCN:</b> 779993322                                   |                                                                          |
| <b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b><br>Copays: PCP/Specialist: \$0   ER: \$0   Rx: \$0                            |                                                                                   |                                                                          |
| H2819-001                                                                                                     |                                                                                   |                                                                          |

**In an emergency, call 911 or go to the nearest ER.**

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| <b>Customer Service:</b>   | (800) 555-5555 (TTY: 711) |
| <b>Pharmacy Help Desk:</b> | (800) 555-5555            |
| <b>NurseHelp 24/7:</b>     | (800) 555-5555            |
| <b>Transportation:</b>     | (800) 555-5555            |

**Website:** [blueshieldca.com/medicare](https://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

اگر کارت شناسایی عضو شما صدمه دیده است، گم شده است یا به سرقت رفته است، بلافاصله از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما کارت جدیدی را برای شما ارسال خواهیم کرد.

تا زمانی‌که در طرح بیمه ما عضویت دارید، برای دریافت اغلب خدمات لزومی ندارد که از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود استفاده کنید. این کارت‌ها را در یک محل امن نگهداری کنید، چون ممکن است بعداً به آنها نیاز داشته باشید. اگر شما به جای کارت شناسایی عضو خود، کارت Medicare را نشان دهید، ارائه‌کننده ممکن است به جای طرح بیمه ما برای Medicare صورتحساب ارسال کند و ممکن است شما صورتحساب دریافت کنید. ممکن است در صورت نیاز به خدمات بیمارستانی، خدمات مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice)، یا مشارکت در پژوهش‌های بالینی مورد تأیید Medicare (که مطالعات بالینی نیز نامیده می‌شوند)، از شما خواسته شود کارت Medicare خود را ارائه دهید. برای اطلاع درباره اقداماتی که باید در صورت دریافت صورتحساب انجام دهید، به فصل 7 دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

به خاطر داشته باشید، شما برای دسترسی به خدمات زیر به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (BIC) خود نیاز دارید:

- داروهای نسخه‌ای که فقط از طریق Medi-Cal Rx تحت پوشش هستند.
- خدمات دندانپزشکی که فقط از طریق Medi-Cal Dental Program تحت پوشش هستند.
- خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)
- برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)
- خدمات سلامت رفتاری کانتی

## 2. فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها

فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح بیمه ما را فهرست می‌کند. در طول مدتی که در طرح بیمه ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش از ارائه‌کنندگان شبکه، استفاده کنید.

همچنین شما می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان، فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها را (به صورت الکترونیکی یا کاغذی) درخواست کنید. درخواست نسخه کاغذی «فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها»، ظرف سه روز کاری برای شما ارسال خواهد شد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

همچنین می‌توانید به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها در آدرس سایت ذکرشده در انتهای صفحه مراجعه کنید.

این فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها، متخصصین مراقبت سلامت (از قبیل پزشکان، پرستار پزشک‌ها و روان‌شناسان)، مراکز (از قبیل بیمارستان‌ها یا درمانگاه‌ها) و ارائه‌کنندگان خدمات حمایتی (از قبیل ارائه‌کنندگان خدمات سلامت روزانه بزرگسالان و خدمات سلامت در منزل) را فهرست می‌کند، که می‌توانید به عنوان عضو Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan نزد آنها بروید. این فهرست راهنما حاوی داروخانه‌هایی است که می‌توانید برای دریافت داروهای نسخه‌ای خود از آنها استفاده کنید. این فهرست همچنین اطلاعاتی درباره موضوعات زیر ارائه می‌دهد:

- زمان‌هایی که برای ملاقات با سایر تامین‌کنندگان، متخصصین یا مراکز درمانی به نامه ارجاع نیاز دارید، و
- روش انتخاب یک پزشک، و
- نحوه تغییر پزشکتان، و
- روش یافتن پزشکان، متخصصان، داروخانه‌ها یا مراکز درمانی در منطقه شما و/یا گروه پزشکی/IPA، و
- نحوه دسترسی به خدمات و حمایت‌های بلند مدت (LTSS)، خدمات حمایتی در خانه (IHSS) یا برنامه‌های خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، و
- اطلاعات درباره نحوه دسترسی به خدمات تحویل در منزل، تزریق در منزل یا داروخانه‌های مراقبت بلندمدت.

#### تعریف ارائه‌کنندگان شبکه

- ارائه‌کنندگان عضو شبکه ما شامل موارد زیر می‌شود:
    - پزشکان، پرستاران، و دیگر متخصصین مراقبت سلامت که شما، به عنوان عضو طرح بیمه ما، می‌توانید از خدماتشان استفاده کنید؛
    - درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر محل‌هایی که خدمات سلامت را در طرح بیمه ما ارائه می‌کنند؛ و
    - LTSS، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های ارائه سلامت در خانه، تامین‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و سایر مواردی که کالاها و خدماتی را ارائه می‌کنند که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.
- ارائه‌کنندگان شبکه موافقت می‌کنند که مبلغی را از طرح بیمه ما برای خدمات تحت پوشش به عنوان پرداخت کامل هزینه، قبول کنند.

#### تعریف داروخانه‌های شبکه

- داروخانه‌های شبکه، داروخانه‌هایی هستند که قبول می‌کنند نسخه‌ها را برای اعضای طرح بیمه ما بپیچند. برای پیدا کردن داروخانه شبکه مورد نظرتان، از فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها استفاده کنید.



- اگر می‌خواهید برنامه درمانی ما در پرداخت هزینه داروها به شما کمک کند، به غیر از موارد اضطراری (اورژانسی)، شما باید همه نسخه‌های خود را در یکی از داروخانه‌های شبکه ما دریافت کنید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. خدمات مشتریان و وبسایت ما، هر دو، می‌توانند اطلاعات بروز شده در مورد تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه ما را در اختیار شما قرار دهند.

### J3. فهرست داروهای تحت پوشش

طرح بیمه ما یک فهرست داروهای تحت پوشش دارد. به این فهرست در اختصار «فهرست دارویی» می‌گوییم. این فهرست به شما می‌گوید که طرح بیمه ما کدام داروها را پوشش می‌دهد. داروهای موجود در این فهرست توسط طرح بیمه ما و با همکاری پزشکان و داروسازان انتخاب شده‌اند. فهرست دارویی باید شرایط Medicare را برآورده کند. داروهایی که تحت «برنامه مذاکره قیمت داروهای Medicare» دارای قیمت‌های توافقی هستند، در فهرست دارویی (Drug List) شما گنجانده خواهند شد، مگر اینکه مطابق توضیحات مندرج در فصل 5، بخش E حذف و جایگزین شده باشند. Medicare فهرست دارویی (Drug List) مربوط به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan را تأیید کرده است.

فهرست دارویی همچنین در مورد هرگونه مقررات یا محدودیت‌های مربوط به هریک از داروها از قبیل محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید، اطلاعاتی را به شما می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

ما هر ساله اطلاعاتی درباره روش دسترسی به فهرست دارویی برای شما ارسال می‌کنیم، ولی ممکن است برخی از تغییرات در طول سال ایجاد شوند. برای دریافت کامل‌ترین و به‌روزترین اطلاعات درباره داروهای تحت پوشش، با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید یا از وبسایت ما به آدرس موجود در انتهای صفحه، بازدید کنید.

### J4. شرح مزایا

هنگامی که از مزایای داروی Medicare بخش D استفاده می‌کنید، ما یک گزارش خلاصه را برای شما ارسال می‌کنیم تا بتوانید با داروهای بخش D خود بهتر آشنا شوید و حساب آنها را نگه دارید. این گزارش خلاصه، شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) خوانده می‌شود.

مدرک EOB کل مبلغی را که شما یا دیگران از جانب شما برای داروهای Medicare بخش D شما صرف کرده‌اید و کل مبلغی را که ما در طول ماه برای هریک از داروهای Medicare بخش D شما پرداخت کرده‌ایم، به اطلاع شما می‌رساند. EOB صورت‌حساب نیست. EOB اطلاعات کامل‌تری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید، دارد. فصل 6 از دفترچه اطلاعاتی/اعضا، اطلاعات بیشتری را در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در پیگیری حساب پوشش دارویی به شما می‌دهد.

همچنین شما می‌توانید درخواست یک EOB دهید. برای دریافت یک نسخه از آن، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

## K. به روز نگه داشتن اطلاعات پرونده عضویت خود

شما می‌توانید پرونده عضویت خود را از طریق اعلام تغییرات در اطلاعات خود به ما، به روز نگه دارید.

ما این اطلاعات را نیاز داریم تا اطمینان حاصل کنیم که اطلاعات درست شما را در سوابق خود داریم. پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه طرح بیمه ما از پرونده عضویت شما برای کسب اطلاعات در مورد خدمات و داروهای تحت پوشش و تعیین مبالغ سهم هزینه مربوط به شما استفاده می‌کنند. به همین دلیل، بسیار مهم است که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

بلافاصله درباره موارد زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییر نام، آدرس یا شماره تلفن خود؛
- تغییراتی در هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر، از قبیل پوشش بیمه کارفرمای شما، کارفرمای همسر قانونی شما یا کارفرمای شریک زندگی شما یا پوشش جبران خسارت کارمندان؛
- هرگونه مطالبه مسئولیت، از قبیل مطالبه خسارت برای حوادث رانندگی؛
- پذیرش در مرکز پرستاری یا بیمارستان؛
- دریافت مراقبت از سوی بیمارستان یا اورژانس؛
- تغییر مراقب (یا فردی که مسئول شما است)؛ و،
- اگر در یک مطالعه پژوهشی بالینی شرکت می‌کنید. **(توجه:** الزامی نیست که ما را از پژوهش بالینی که قصد مشارکت در آن را دارید، مطلع کنید، اما ما شما را به انجام این کار تشویق می‌کنیم.)

اگر هر اطلاعاتی تغییر کرد، با خدمات مشتریان با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.

## K1. محرمانگی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

اطلاعات موجود در سوابق عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات سلامت شخصی (PHI) باشد. قوانین ایالتی و فدرال مقرر می‌دارند که ما، اطلاعات سلامت شخصی شما را محرمانه نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت از PHI خود، به **فصل 8** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.



## فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

### مقدمه

اين فصل اطلاعات تماس مربوط به منابع مهم را به شما مي‌دهد که مي‌توانند به شما در پاسخگويي به سوال‌ها درباره طرح بيمه ما و مزايای مراقبت درماني شما کمک کنند. همچنين شما مي‌توانيد از اين فصل براي دريافت اطلاعات درباره روش تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و ديگران استفاده کنيد تا دفاع از حقوق شما را به عهده بگيرد. عبارات کليدي و تعاريف آنها به ترتيب حروف الفبا، در آخرين فصل اين دفتريچه اطلاعاتي/اعضا گنجانده شده‌اند.

### فهرست مطالب

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A. خدمات مشتريان.....                                                                                  | 25 |
| B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما.....                                                                        | 28 |
| C. برنامه مشاوره و مدافعه‌ي بيمه درماني (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)..... | 30 |
| D. خط مشاوره پرستاري.....                                                                              | 31 |
| E. خط بحران سلامت رفتاري.....                                                                          | 32 |
| F. سازمان بهبود کيفيت (QIO).....                                                                       | 33 |
| G. Medicare.....                                                                                       | 34 |
| H. Medi-Cal.....                                                                                       | 36 |
| I. دفتر بازرس کل مراقبت‌هاي هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان.....                                          | 37 |
| J. خدمات اجتماعي کانتی.....                                                                            | 38 |
| K. آژانس خدمات سلامت رفتاري کانتی.....                                                                 | 40 |
| L. سازمان مراقبت‌هاي درماني هماهنگ کاليفرنيا.....                                                      | 41 |
| M. Health Consumer Alliance (HCA).....                                                                 | 42 |
| N. برنامه‌هايي براي کمک به مردم در پرداخت هزينه داروها.....                                            | 42 |
| N1. برنامه کمک اضافي (Extra Help) از Medicare.....                                                     | 42 |
| N2. برنامه کمک دارويي ايدز (ADAP).....                                                                 | 43 |
| N3. برنامه پرداخت نسخه Medicare.....                                                                   | 43 |

اگر سؤالي داشتيد، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسيفيک (PT) تماس بگيريد. اين تماس رایگان است. براي کسب اطلاعات بيشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازديد کنيد.



- O. تامین اجتماعی..... 44
- P. هیئت بازنشستگی راه آهن (Railroad Retirement Board, RRB)..... 45
- Q. برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program..... 46
- R. Medi-Cal Dental..... 47



**A. خدمات مشتریان**

نوع تماس

تماس تلفنی با

1-800-452-4413. این تماس رایگان می‌باشد.

8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک، هفت روز هفته.

ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.

تماس TTY با

711. این تماس رایگان می‌باشد.

این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.

8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک، هفت روز هفته.

ارسال نامه به

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

P.O. Box 927

Woodland Hills, CA 91365-9856

وبسایت

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

برای دریافت کمک در موارد زیر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید:

- سوال‌های مربوط به این طرح بیمه
- سوال‌های مربوط به مطالبه‌ها یا صدور صورتحساب
- تصمیمات در مورد پوشش مراقبت درمانی شما
  - تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما، شامل تصمیم‌گیری درباره موارد زیر است:
    - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، یا
    - مبلغی که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر در زمینه تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی خود سوالی دارید، با ما تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- تجدیدنظر در مورد مراقبت درمانی شما
  - تجدیدنظر، روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم یا با تصمیم موافق نیستید.

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید یا با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

#### ● شکایات در مورد مراقبت درمانی

- شما می‌توانید از ما یا هریک از ارائه‌کنندگان (شامل ارائه‌کنندگان خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. ارائه‌کننده عضو شبکه، ارائه‌کننده‌ای است که با طرح بیمه ما همکاری دارد. شما همچنین می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که دریافت کردید به ما یا به «سازمان بهبود کیفیت» (Quality Improvement Organization, QIO) شکایت کنید (به **بخش F** مراجعه کنید).

- شما می‌توانید برای توضیح شکایت خود، با ما به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

- اگر شکایت شما در مورد تصمیم اتخاذ شده مربوط به پوشش مراقبت درمانی شما است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش فوق مراجعه کنید).

- شما می‌توانید شکایت مربوط به طرح بیمه ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین موجود در وبسایت [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint) استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

- می‌توانید از طریق تماس با «برنامه دادرس Medicare Medi-Cal» به شماره 1-855-501-3077، از طرح بیمه ما شکایت کنید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقامه شکایت در مورد مراقبت درمانی خود، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.

#### ● تصمیمات مربوط به پوشش داروهای شما

- تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل تصمیم‌گیری درباره موارد زیر است:

— مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا

— مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت می‌کنیم.

- داروهای تحت پوشش غیر Medicare، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش داروهای خود، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- تجدیدنظر در مورد داروهای شما
  - تجدیدنظر، روشی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییر در تصمیم گرفته شده در مورد پوشش، می‌باشد.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر درباره داروهای خود، به **فصل 9** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.
- شکایات در مورد داروهای شما
  - شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد داروهایتان نیز می‌شود.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم‌گیری برای پوشش داروهای شماست، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به بخش فوق مراجعه کنید.)
  - شما می‌توانید شکایت مربوط به طرح بیمه ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین موجود در وبسایت [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint) استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت درباره داروهای خود، به **فصل 9** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.
- پرداخت برای مراقبت درمانی یا داروهایی که قبلاً برای آنها هزینه پرداخت کرده‌اید
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7**، این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.
  - اگر پرداخت صورتحساب را از ما درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. به **فصل 9** دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.



**B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما**

«هماهنگ‌کننده مراقبت» شخصی است که به طور ویژه برای کمک به شما در دسترسی به مزایا و خدمات Medicare و Medi-Cal آموزش دیده است. هماهنگ‌کننده مراقبت شما بخشی از گروه مراقبتی شما خواهد بود و وی به عنوان مرجع اصلی تماس برای شما عمل خواهد کرد. به محض ثبت نام، هماهنگ‌کننده مراقبت با شما تماس خواهد گرفت تا ارزیابی خطر سلامت و برنامه مراقبتی شخصی شده شما را تکمیل کند. این‌ها ابزارهایی هستند که هماهنگ‌کننده مراقبت شما از آنها برای کمک به شناسایی و شخصی‌سازی نیازهای مراقبت درمانی شما استفاده می‌کند، تا مناسب شما باشد. شما می‌توانید با تماس با شماره زیر، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس گرفته یا آن را تغییر دهید.

نوع تماس

**تماس تلفنی با**

1-888-548-5765. این تماس رایگان می‌باشد.

8:00 a.m. تا 6:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه.

شما می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگری مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا صوتی از طریق تماس با خدمات مشتریان، دریافت کنید.

ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.

**تماس TTY با**

711. این تماس رایگان می‌باشد.

این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.

8:00 a.m. تا 6:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه.

**ارسال نامه به**

Blue Shield of California  
ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team  
3840 Kilroy Airport Way  
Long Beach, CA 90806

برای دریافت کمک در موارد زیر با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید:

- سوالات در مورد مراقبت درمانی خود
- سوالات در مورد دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روانی و اختلال سوءمصرف مواد)
- سوالات مربوط به مزایای دندانپزشکی
- سوالات مربوط به رفت و آمد به قرارهای پزشکی
- سوالات در مورد خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)، شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS) و تسهیلات پرستاری (NF)

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)
  - مراقبت پرستاری تخصصی
  - فیزیوتراپی
  - کاردرمانی
  - گفتار درمانی
  - خدمات اجتماعی پزشکی
  - مراقبت درمانی در خانه
  - خدمات حمایتی در خانه (IHSS) از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما
  - گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت درمانی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.
- بسته به کانتی که در آن زندگی می‌کنید و شرایط احرازتان، ممکن است بتوانید پشتیبانی‌های محلی دیگری را نیز از طریق Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan دریافت کنید. اگر فکر می‌کنید واجد شرایط حمایت‌های محلی هستید، ارائه‌کننده شما می‌تواند شما را معرفی کند یا شما می‌توانید با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا اطلاعات بیشتری کسب کنید. ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- سازگاری‌های دسترسی به محیط (ایجاد تغییرات در منزل)
- خدمات کمک در جابه‌جایی مسکن
- ودیعه‌های مسکونی
- خدمات اجاره‌نشینی و حفظ و نگهداری مسکن
- غذاهای کمکی یا وعده‌های غذایی متناسب با وضعیت پزشکی
- خدمات مراقبت فردی و خانهداری
- مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)
- استراحت مخصوص مراقبین
- مسکن کوتاه مدت پس از بستری در بیمارستان، یا
- مراکز ترک اعتیاد



## C. برنامه مشاوره و مدافعه‌ی بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

برنامه ایالتی کمکی بیمه سلامت (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) یک برنامه دولتی با مشاوران آموزش دیده در هر ایالت است که کمک، اطلاعات و پاسخ‌های رایگان به سؤالات Medicare شما ارائه می‌دهد. در کالیفرنیا، SHIP، برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) نام دارد. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بدانید برای مدیریت مشکل خود باید چه کار کنید. HICAP مشاورین آموزش دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند.

HICAP یک برنامه ایالتی مستقل است (به هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی مرتبط نیست) که از دولت فدرال هزینه دریافت می‌کند تا مشاوره بیمه سلامت محلی رایگان را به افراد دارای Medicare ارائه دهد.

نوع تماس

|                  |                                                                                                                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی<br>با | 1-800-434-0222<br>از ساعت 9:00 a.m. تا 4:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه                                                                                      |
| تماس TTY<br>با   | 711<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.                           |
| ارسال نامه<br>به | California Department of Aging<br>National Drive 1300<br>Suite 200<br>Sacramento, CA 95834-1992                                                       |
| وبسایت           | <a href="https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> |

برای دریافت کمک در موارد زیر، با HICAP تماس بگیرید:

- سؤالات در مورد Medicare
- مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما در مورد تغییر به یک طرح بیمه جدید پاسخ دهند و به شما در موارد زیر کمک کنند:
  - آشنایی با حقوق خود،
  - آشنایی با گزینه‌های طرح بیمه خود،
  - پاسخ به سؤالات در مورد تغییر طرح‌های بیمه،
  - ثبت شکایت در رابطه با مراقبت درمانی یا درمان خود، و
  - کمک در مورد مسائل مربوط به صورتحساب یا مطالبات.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**D. خط مشاوره پرستاری**

خط تلفنی مشاوره پرستاری Blue Shield of California با بهره‌گیری از پرستاران دارای مجوز رسمی که 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته برای پاسخگویی به سؤالات در دسترس هستند، خدمات حمایتی ارائه می‌دهد. پرستارها از طریق تلفن برای پاسخگویی به سوال‌های عمومی مرتبط با سلامت و معرفی سایر منابع راهنما برای کسب اطلاعات بیشتر، در دسترس هستند. اعضا از طریق خط تلفنی مشاوره پرستاری می‌توانند یک خلاصه از مکالمه را از طریق ایمیل دریافت کنند که حاوی اطلاعات و لینک‌ها جهت ارجاع سریع است. شما می‌توانید در رابطه با سوال‌های مربوط به سلامت یا مراقبت درمانی خود با «خط تلفن مشاوره پرستاری» تماس بگیرید.

نوع تماس

**تماس تلفنی با**

1-877-304-0504 تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.

24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته.

ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.

**تماس TTY با**

711. این تماس رایگان می‌باشد.

این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.

24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

**E. خط بحران سلامت رفتاری**

یک خط تلفنی 24 ساعته که برای افرادی که با بحران سلامت روان یا بحران مصرف مواد مواجه هستند، حمایت فوری ارائه می‌دهد. مشاوران آموزش‌دیده می‌توانند وضعیت را ارزیابی کنند، مداخله در بحران ارائه دهند، تماس‌گیرندگان را به خدمات مناسب متصل کنند و در صورت نیاز به هماهنگی کمک‌های اورژانسی، کمک کنند.

نوع تماس

تماس تلفنی با

خط بحران و ارجاع کانتی لس آنجلس

1-800-854-7771. این تماس رایگان می‌باشد.

24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.

خط بحران و ارجاع کانتی سن دیگو

1-800-724-7240. این تماس رایگان است.

24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.

تماس TTY با

711. این تماس رایگان می‌باشد.

این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.

24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

برای دریافت کمک در موارد زیر، با «خط بحران سلامت رفتاری» تماس بگیرید:

• سوالات در مورد خدمات سلامت رفتاری و سوء مصرف مواد

برای سوالات مربوط به خدمات سلامت روان تخصصی در کانتی شما به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)**

ایالت ما سازمانی موسوم به Commence Health دارد. این سازمان، گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت سلامت است که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد دارای Medicare کمک می‌کنند. Community Health یک سازمان مستقل می‌باشد. این سازمان با طرح بیمه ما مرتبط نیست.

نوع تماس

|               |                                                                                                                             |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با | 1-877-588-1123                                                                                                              |
| تماس TTY با   | 711<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید. |
| ارسال نامه به | Commence Health<br>BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701                       |
| وبسایت        | <a href="https://commencehealthqio.cms.gov">commencehealthqio.cms.gov</a>                                                   |

برای دریافت کمک در موارد زیر، با Commons Health تماس بگیرید:

- سوالات در مورد حقوق مراقبت درمانی شما
- رایحه شکایت درباره مراقبتی که دریافت کردید، اگر:
  - در مورد کیفیت مراقبت از قبیل دریافت داروی اشتباه، آزمایشات یا اقدامات پزشکی غیرضروری یا تشخیص اشتباه، مشکلی دارید،
  - فکر می‌کنید که پایان بستری شما در بیمارستان زودهنگام است، یا
  - فکر می‌کنید که خدمات مراقبت درمانی در خانه، مرکز مراقبت پرستاری تخصصی یا مرکز جامع توانبخشی بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) خیلی زود پایان می‌یابد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**Medicare .G**

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 ساله یا بیشتر، بعضی اشخاص معلول زیر 65 سال و اشخاصی که بیماری کلیوی مرحله نهایی دارند (نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد)، می‌باشد.

سازمان فدرال مسئول Medicare، مرکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS است. این سازمان با سازمان‌های Medicare Advantage از جمله طرح بیمه ما، قرارداد دارد.

نوع تماس

|               |                                                                                                                                                                              |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.                                                                           |
| تماس TTY با   | 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان می‌باشد.<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید. |
| چت زنده       | به صورت زنده در آدرس <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> صحبت کنید                                                        |
| ارسال نامه به | ارسال نامه به Medicare به آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.                                                                                                              |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## نوع تماس

## وبسایت

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

- اطلاعاتی را در مورد طرح‌های بیمه سلامت و بیمه دارویی Medicare در منطقه خود دریافت کنید، از جمله درباره هزینه‌های آنها و خدماتی که ارائه می‌دهند.
- پزشکان شرکت کننده در Medicare یا سایر ارائه‌کنندگان و تامین کنندگان مراقبت درمانی را پیدا کنید.
- در مورد خدمات تحت پوشش Medicare، از جمله خدمات پیشگیرانه (مانند غربالگری‌ها، تزریق‌ها یا واکسن‌ها، و ویزیت‌های سالانه «سلامتی») اطلاع پیدا کنید.
- اطلاعات و فرم‌های تجدیدنظر Medicare را دریافت کنید.
- اطلاعاتی درباره کیفیت مراقبتی که توسط طرح‌ها، خانه‌های سالمندان، بیمارستان‌ها، پزشکان، مراکز مراقبت در منزل، مراکز دیالیز، مراکز مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر (Hospice)، مراکز بستری توانبخشی، و بیمارستان‌های مراقبت طولانی‌مدت ارائه می‌شود، به دست آورید.
- وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید را جستجو کنید.

برای ارائه شکایت به Medicare، به [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint) مراجعه کنید. Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.



**Medi-Cal .H**

Medi-Cal برنامه Medicaid کالیفرنیا است. این یک برنامه بیمه درمانی عمومی است که خدمات مراقبت درمانی موردنیاز را برای افراد کم درآمد، شامل خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد مبتلا به معلولیت، کودکان و جوانان تحت مراقبت‌های پرورشگاهی و زنان باردار تامین می‌کند. Medi-Cal از طریق بودجه ایالت و دولت فدرال تامین مالی می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت است.

شما در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام شده‌اید. اگر سوالی درباره مزایای Medi-Cal خود دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت درمانی خود تماس بگیرید. اگر سوالی درباره ثبت‌نام در طرح بیمه Medi-Cal دارید، با «گزینه‌های مراقبت درمانی» (Health Care Options) تماس بگیرید.

نوع تماس

|               |                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با | 1-800-430-4263<br>دوشنبه تا جمعه 8 a.m. تا 6 p.m.                                                                                      |
| تماس TTY با   | 1-800-430-7077<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید. |
| ارسال نامه به | CA Department of Health Care Services<br>Health Care Options<br>P.O. Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850                      |
| وبسایت        | <a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>                                             |

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## ۱. دفتر بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان

«دفتر بازرس کل» (Ombudsman) به حل مشکلات از دیدگاهی بی‌طرف کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که اعضای ما تمام خدمات تحت پوشش و از نظر پزشکی ضروری را دریافت می‌کنند. آن‌ها به حرف‌های شما گوش می‌دهند، به سؤالاتان پاسخ می‌دهند، وضعیت شما را تحلیل می‌کنند، خطمشی‌ها و رویه‌ها را توضیح می‌دهند، اطلاعات، مشاوره و گزینه‌ها موجود را ارائه می‌کنند و ارجاعات مناسب را پیشنهاد می‌دهند. وظیفه آن‌ها کمک به ایجاد راه‌حل‌های عادلانه برای مشکلات دسترسی به خدمات درمانی است. آن‌ها با طرح بیمه ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی مرتبط نیستند. خدمات آن‌ها رایگان است.

نوع تماس

|               |                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با | 1-888-452-8609<br>دوشنبه تا جمعه، 8 a.m. تا 5 p.m.                                                                                     |
| تماس TTY با   | 1-800-430-7077<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید. |
| ارسال نامه به | CA Department of Health Care Services<br>Health Care Options<br>P.O. Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850                      |
| ایمیل         | <a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>                                                   |
| وبسایت        | <a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx</a>           |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## ل. خدمات اجتماعی کانتی

اگر در مورد خدمات حمایتی در خانه (IHSS)، به روز کردن اطلاعات Medi-Cal، یا مزایای احراز شرایط و تمدید Medi-Cal نیاز به کمک دارید، با آژانس خدمات اجتماعی محلی لس آنجلس کانتی یا سن دیگو کانتی تماس بگیرید.

برای درخواست «خدمات حمایتی در خانه» که به پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می‌کند تا بتوانید با حفظ امنیت در منزل خود بمانید، با آژانس «خدمات اجتماعی کانتی» خود تماس بگیرید. نوع خدمات ممکن است شامل کمک در زمینه آماده کردن غذا، استحمام، لباس پوشیدن، لباسشویی، خرید یا حمل و نقل باشد.

برای طرح سوال درباره احراز شرایط Medi-Cal خود با آژانس خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

نوع تماس

تماس تلفنی با

1-866-613-3777 این تماس رایگان می‌باشد.

اداره خدمات اجتماعی عمومی کانتی لس آنجلس یک مرکز خدمات مشتریان (CSC) دارد که خدمات را به 33 دفتر منطقه‌ای ارائه می‌دهد. ساعات کاری ما، دوشنبه تا جمعه، از 7:30 a.m. تا 6:30 p.m. است.

تماس TTY با

1-877-735-2929

این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.

ارسال نامه به

Los Angeles County Department of Public Social Services  
2855 E. Olympic Blvd.  
Los Angeles, CA 90023

وبسایت

<https://dpss.lacounty.gov>

تماس تلفنی با

1-866-262-9881 این تماس رایگان می‌باشد.

نمایندگان آژانس سلامت و خدمات انسانی کانتی سن دیگو از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. و از دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.

خط دسترسی سلف سرویس، در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 هفت روز هفته در دسترس است. تماس گیرندگان باید شماره تأمین اجتماعی (SSN) خود را وارد کنند تا بتوانند از سیستم استفاده کنند.

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

نوع تماس

|               |                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس TTY با   | 1-619-589-4459<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید. |
| ارسال نامه به | County of San Diego Health and Human Services Agency<br>P.O. Box 85027<br>San Diego, CA 92186                                          |
| وبسایت        | <a href="https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html">https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html</a>                |



**K. آژانس خدمات سلامت رفتاری کانتی**

اگر شرایط دسترسی را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal و خدمات اختلال مصرف مواد از طریق کانتی در دسترس شما می‌باشند.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>تماس تلفنی با</b></p> <p><b>لس آنجلس کانتی</b></p> <p>1-800-854-7771. این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.</p> <p>ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.</p> <p><b>سن دیگو کانتی</b></p> <p>1-888-724-7240. این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته</p> |  |
| <p><b>تماس TTY با</b></p> <p>711. این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.</p> <p>24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.</p>                                                                                                                                 |  |

برای دریافت کمک در موارد زیر، با آژانس سلامت رفتاری کانتی تماس بگیرید:

- سوالات در مورد خدمات تخصصی سلامت روان ارائه شده توسط کانتی
- سوالات در مورد خدمات اختلال مصرف مواد مخدر ارائه شده توسط کانتی
- خدمات تخصصی سلامت روان شامل موارد زیر است، اما محدود به آنها نمی‌شود:
  - خدمات سلامت روان برای بیماران سرپایی
  - مداوا در طول روز
  - مداخله در بحران و تثبیت وضعیت
  - مدیریت پرونده هدفمند
  - خدمات درمان همراه با اسکان در موارد بحرانی
  - درمان همراه با اسکان در موارد بحرانی

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## L. سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا

سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) مسئول کنترل و نظارت بر طرح‌های درمانی است. مرکز راهنمای DMHC می‌تواند در تسلیم تجدیدنظرها و شکایات درباره خدمات Medi-Cal به شما کمک کند.

نوع تماس

|               |                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با | 1-888-466-2219<br>نمایندگان DMHC از ساعت 8 a.m. تا 6 p.m.، روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.                                       |
| TDD           | 1-877-688-9891<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید. |
| ارسال نامه به | Help Center<br>California Department of Managed Health Care<br>980 9th Street, Suite 500<br>Sacramento, CA 95814-2725                  |
| فکس           | 916-255-5241                                                                                                                           |
| وبسایت        | <a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>                                                                                   |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## M. Health Consumer Alliance (HCA)

Health Consumer Alliance (HCA) یک مشارکت در سطح ایالت است که به صورت آنلاین، تلفنی یا حضوری کمک حقوقی رایگان ارائه می‌کند تا به ساکنان کالیفرنیا که برای دریافت یا حفظ پوشش بیمه سلامت‌شان دچار مشکل هستند، کمک کرده و مشکلات مربوط به طرح‌های بیمه‌شان را برطرف کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد HCA یا دریافت کمک‌های ممکن، با شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید یا از [www.healthconsumer.org/](http://www.healthconsumer.org/) بازدید کنید.

## N. برنامه‌هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه داروها

وبسایت Medicare به آدرس ([www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) اطلاعاتی را در مورد نحوه کاهش هزینه‌های دارویی شما ارائه می‌کند. برنامه‌ها و خدمات دیگری برای افراد دارای درآمد محدود، به شرح زیر وجود دارد.

## N1. برنامه کمک اضافی (Extra Help) از Medicare

چون شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، شرایط دریافت Extra Help از Medicare را دارید و آن را برای پرداخت هزینه‌های طرح‌های بیمه دارویی خود دریافت می‌کنید. نیازی نیست برای دریافت Extra Help کاری انجام دهید.

نوع تماس

|                                                                  |                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با<br>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)                 | تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.                                                                                  |
| تماس TTY با<br>1-877-486-2048                                    | این تماس رایگان می‌باشد.<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید. |
| وبسایت<br><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> |                                                                                                                                                  |

اگر فکر می‌کنید مبلغی که برای داروی نسخه‌ای خود در داروخانه می‌پردازید اشتباه است، طرح ما روالی دارد که به شما کمک می‌کند مدرکی درباره مبلغ صحیح سهم ثابت بیمه‌شده (copayment) خود دریافت کنید. اگر از قبل مدرکی از مبلغ صحیح دارید، می‌توانیم به شما کمک کنیم این مدرک را با ما به اشتراک بگذارید.

- می‌توانید با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید، به آن‌ها اطلاع دهید که فکر می‌کنید مبلغ زیادی برای داروهای نسخه‌ای پرداخت می‌کنید و اطلاعات Medi-Cal خود را ارائه دهید. واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal به عنوان «بهترین مدرک موجود» در نظر گرفته می‌شود تا در صورت امکان، کمک اضافی (Extra Help) شما به‌روزرسانی و مبلغ سهم ثابت بیمه شده نسخه شما کاهش یابد. کاهش مبلغ سهم ثابت بیمه‌شده داروهای نسخه‌ای تضمین شده نیست.

- وقتی مدرکی که مبلغ صحیح سهم ثابت بیمه‌شده را نشان می‌دهد، دریافت کنیم، سیستم خود را به‌روزرسانی می‌کنیم تا شما بتوانید هنگام دریافت نسخه بعدی، مبلغ صحیح را پرداخت کنید. اگر مبلغی اضافه بر سهم ثابت بیمه‌شده خود پرداخته باشید، ما این اضافه پرداختی را یا از طریق چک یا به‌صورت اعتبار برای پرداخت سهم ثابت آتی، به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر داروخانه سهم ثابت بیمه شده شما را دریافت نکرده باشد و شما به

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



آن بدهکار باشید، ممکن است ما پرداخت را مستقیماً به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالت از طرف شما پرداخت انجام دهد، ما ممکن است پرداخت را مستقیماً به ایالت انجام دهیم. اگر سوالی دارید، از طریق شماره تلفن پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

## N2. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)

ADAP به افراد واجد شرایط ADAP که مبتلا به HIV/ایدز هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات بخش HIV دسترسی داشته باشند. داروهای Medicare بخش D که در فهرست دارویی ADAP نیز قرار دارند، واجد شرایط دریافت کمک برای سهم هزینه (cost-sharing) داروهای نسخه‌ای از طریق California ADAP هستند. توجه: افراد برای احراز شرایط ADAP ایالتی، باید معیارهای خاصی از جمله مدرک اقامت در ایالت و وضعیت ابتلا به بیماری HIV، درآمد پایین (طبق تعریف ایالت)، و وضعیت بیمه نشده/بیمه ناقص داشته باشند. اگر شما طرح بیمه خود را تغییر می‌دهید، لطفاً به مددکار محلی ثبت‌نام ADAP اطلاع دهید تا بتوانید همچنان کمک دریافت کنید. برای کسب اطلاعات درباره معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، لطفاً با California ADAP به شماره 1-844-421-7050، از 8 a.m. تا 5 p.m.، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید یا از وبسایت آن به آدرس زیر بازدید کنید:

[https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx)

## N3. برنامه پرداخت نسخه Medicare

برنامه پرداخت داروهای نسخه‌دار Medicare یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما هماهنگ عمل می‌کند تا با توزیع هزینه‌های شخصی پرداخت شده از جیب برای داروهای تحت پوشش طرح ما در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر)، به شما در مدیریت این هزینه‌ها کمک کند. هر فردی که یک طرح بیمه دارویی Medicare یا یک طرح بیمه درمانی Medicare با پوشش دارویی (مانند یک طرح Medicare Advantage Plan با پوشش دارویی) داشته باشد، می‌تواند از این گزینه پرداخت استفاده کند. این گزینه پرداخت می‌تواند به شما در مدیریت هزینه‌هایتان کمک کند، اما باعث صرفه جویی در هزینه‌های شما یا کاهش هزینه‌های دارویی شما نمی‌شود. اگر در برنامه پرداخت داروهای نسخه‌دار Medicare شرکت می‌کنید و در همان طرح بیمه باقی می‌مانید، برای ادامه استفاده از این گزینه پرداخت نیاز نیست کاری انجام دهید. «کمک اضافی» (Extra Help) از Medicare و کمک از سوی SPAP و ADAP، برای افرادی که واجد شرایط هستند، صرف‌نظر از میزان درآمد، مزیت بیشتری نسبت به مشارکت در این گزینه پرداخت دارد و طرح‌هایی که پوشش دارویی ارائه می‌دهند، باید این گزینه پرداخت را نیز عرضه کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه پرداخت، با شماره تلفن پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا از [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) دیدن فرمایید.

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**O. تامین اجتماعی**

تامین اجتماعی شرایط موردنیاز Medicare را تعیین کرده و ثبت‌نام Medicare را مدیریت می‌کند.

اگر محل سکونت یا نشانی پستی خود را تغییر دادید، مهم است که با اداره تأمین اجتماعی (Social Security) تماس بگیرید و آن‌ها را مطلع کنید.

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>1-800-772-1213</b></p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>از 8 a.m. تا 7 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس است.</p> <p>شما می‌توانید از خدمات خودکار تلفنی آنها برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام بعضی کارها، به صورت 24 ساعت در روز استفاده کنید.</p> | <p><b>تماس تلفنی با</b></p> |
| <p><b>1-800-325-0778</b></p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.</p>                                                                                                        | <p><b>تماس TTY با</b></p>   |
| <p><b><u><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></u></b></p>                                                                                                                                                                                               | <p><b>وبسایت</b></p>        |



**P. هیئت بازنشستگی راه آهن (Railroad Retirement Board, RRB)**

RRB یک نهاد مستقل فدرال است که برنامه‌های مزیت جامعی را برای کارگران راه آهن کشور و خانواده‌های آنها مدیریت می‌کند. اگر شما از طریق RRB به Medicare دسترسی دارید، اگر جابجا می‌شوید یا آدرس پستی خود را تغییر می‌دهید، به آنها اطلاع دهید. برای پرسش درباره مزایای خود از RRB، با این اداره تماس بگیرید.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>1-877-772-5772</b></p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>در روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه و جمعه از ساعت 9:00 a.m. تا 3:30 p.m. و در روز چهارشنبه از ساعت 9:00 a.m. تا 12 p.m. با فشردن دکمه «0» می‌توانید با یکی از نمایندگان RRB صحبت کنید.</p> <p>برای دسترسی به خط راهنمای خودکار RRB و گوش دادن به اطلاعات ضبط‌شده، در طول 24 ساعت شبانه‌روز، از جمله در آخر هفته‌ها و تعطیلات، دکمه «1» را فشار دهید.</p> | <p><b>تماس تلفنی با</b></p> |
| <p><b>1-312-751-4701</b></p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.</p> <p>تماس با این شماره رایگان نیست.</p>                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>تماس TTY با</b></p>   |
| <p><b><a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a></b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>وبسایت</b></p>        |



## Q. برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program

برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program، به افرادی که در تلاش برای دریافت و حفظ پوشش سلامت هستند، راهنمایی رایگان ارائه می‌دهد و مشکلات طرح‌های بیمه درمانی آنها را حل می‌کند.

اگر در موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح بیمه درمانی شما
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدیدنظر نسبت به خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات سلامت روان، غیره.
- صورتحساب‌های پزشکی
- IHSS (خدمات حمایتی در محیط خانه)

برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program در زمینه شکایات، تجدیدنظرها و دادرسی‌ها کمک ارائه می‌دهد. برای ارتباط با Ombudsperson Program، با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.



## Medi-Cal Dental .R

بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند؛ این خدمات شامل موارد ذیل می‌شود، اما محدود به اینها نیست:

- معاینات اولیه، تصویربرداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری، سیلانت دندان و فلوراید درمانی؛
- ترمیم و روکش دندان؛
- درمان کانال ریشه؛ و
- دندان مصنوعی پارسیل و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین

مزایای دندانپزشکی از طریق Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) و Dental Managed Care (Dental MC) در دسترس هستند.

|               |                                                                                                                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با | 1-800-322-6384<br>این تماس رایگان است.<br>نمایندگان Medi-Cal Dental FFS برای کمک به شما از 8 a.m. تا 5 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. |
| تماس TTY با   | 1-800-735-2922<br>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه‌ای نیاز دارید.      |
| وبسایت        | <a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a><br><a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a>          |

به جای Medi-Cal Dental Fee-For-Service، ممکن است شما از طریق یک طرح مراقبت هماهنگ دندانپزشکی، مزایای دندانپزشکی دریافت کنید. طرح‌های مراقبت هماهنگ دندانپزشکی در کانتی لس‌آنجلس در دسترس هستند. اگر اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های بیمه دندانپزشکی می‌خواهید یا مایلید طرح بیمه دندانپزشکی خود را تغییر دهید، با Health Care Options با شماره 1-800-430-4263 (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید)، از دوشنبه تا جمعه، 8 a.m. تا 6 p.m. تماس بگیرید. این تماس رایگان است. راه‌های تماس‌های با طرح مراقبت هماهنگ دندانپزشکی نیز در اینجا ذکر شده است: [www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx)

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## فصل 3: استفاده از پوشش طرح بیمه ما برای مراقبت درمانی و سایر خدمات تحت پوشش شما

### مقدمه

این فصل شرایط و مقررات خاصی را مطرح می‌کند که شما باید برای دریافت مراقبت درمانی و دیگر خدمات تحت پوشش طرح بیمه ما بدانید. همچنین درباره هماهنگ‌کننده مراقبت شما، روش دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌کنندگان و در شرایط ویژه و خاص (از جمله ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، کارهایی که در صورت دریافت مستقیم صورتحساب بابت خدمات تحت پوشش ما، باید انجام دهید و مقررات تملک تجهیزات بادوام پزشکی (DME)، به شما اطلاعات می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی/اعضا گنجانده شده‌اند.

### فهرست مطالب

|     |                                                                                  |    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| A.  | اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌کنندگان                                             | 50 |
| B.  | مقررات دریافت خدماتی که طرح بیمه ما پوشش می‌دهد                                  | 50 |
| C.  | هماهنگ‌کننده مراقبت شما                                                          | 52 |
| C1. | هماهنگ‌کننده مراقبت چیست                                                         | 52 |
| C2. | شما چگونه می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید                       | 52 |
| C3. | شما چگونه می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید                        | 52 |
| D.  | دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان                                                   | 52 |
| D1. | دریافت مراقبت از ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (primary care provider, PCP) | 52 |
| D2. | دریافت مراقبت از متخصصین و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه                            | 55 |
| D3. | وقتی یک ارائه‌کننده شبکه ما را ترک می‌کند                                        | 56 |
| D4. | ارائه‌کنندگان خارج از شبکه                                                       | 56 |
| E.  | خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)                                              | 57 |
| F.  | خدمات سلامت رفتاری (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد)                         | 58 |
| F1. | خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal ارایه شده در خارج از طرح بیمه ما                     | 58 |
| G.  | خدمات حمل و نقل                                                                  | 61 |
| G1. | حمل و نقل پزشکی غیراضطراری                                                       | 61 |



- G2. حمل و نقل غیرپزشکی..... 62
- H. خدمات تحت پوشش در موارد اورژانس پزشکی، در صورتی که فوراً نیاز باشند، یا در دوره بروز فاجعه..... 64
- H1. مراقبت در وضعیت اورژانس پزشکی..... 64
- H2. مراقبت با نیاز فوری..... 65
- H3. مراقبت در زمان بروز فاجعه..... 66
- I. اگر برای خدمات تحت پوشش برای شما مستقیماً صورتحساب ارسال شد، چه باید بکنید..... 66
- I1. اگر برنامه ما خدمات را پوشش ندهد باید چه کاری انجام دهید..... 66
- J. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی..... 67
- J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی بالینی..... 67
- J2. پرداخت برای خدمات در هنگام شرکت در پژوهش بالینی..... 67
- J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقات بالینی..... 68
- K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی، چگونه است..... 68
- K1. تعریف سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی..... 68
- K2. دریافت مراقبت از یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی..... 68
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME)..... 69
- L1. دریافت DME به عنوان عضو طرح بیمه درمانی ما..... 69
- L2. مالکیت DME در مواقعی که شما به Original Medicare تغییر می‌دهید..... 69
- L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای طرح بیمه ما..... 70
- L4. تجهیزات اکسیژن در مواقعی که شما به Original Medicare یا یک برنامه Medicare Advantage (MA) تغییر می‌دهید..... 71



## A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌کنندگان

**خدمات** شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلند مدت (LTSS)، لوازم پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدمات می‌شود. **خدمات تحت پوشش** هر یک از این خدمات می‌باشند که طرح بیمه ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند. مراقبت درمانی تحت پوشش، سلامت رفتاری و LTSS، در **فصل 4** این دفترچه **اطلاعاتی/اعضا** مطرح شده است. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه در **فصل 5** این دفترچه **اطلاعاتی/اعضا** مطرح شده است.

**ارائه‌کنندگان** شامل پزشک، پرستار و سایر اشخاص می‌شوند که مراقبت و خدمات به شما ارائه کرده و از سوی دولت ایالتی مجوز دارند. ارائه‌کنندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، آژانس‌های سلامت در خانه، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی می‌شود که خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و بعضی LTSS را در اختیار شما قرار می‌دهند.

**ارائه‌کنندگان شبکه**، ارائه‌کنندگانی هستند که با طرح بیمه ما همکاری دارند. این ارائه‌کنندگان موافقت می‌کنند که پرداخت هزینه از سوی ما را به عنوان پرداخت کامل هزینه، قبول کنند. شبکه ارائه‌کنندگان برای مراقبتی که به شما می‌دهند، مستقیماً برای ما صورتحساب ارسال می‌کنند. هنگامی که به یک ارائه‌کننده شبکه مراجعه می‌کنید، معمولاً هیچ مبلغی را برای خدمت تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

## B. مقررات دریافت خدماتی که طرح بیمه ما پوشش می‌دهد

طرح بیمه ما همه خدمات تحت پوشش Medicare و بیشتر خدمات Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این خدمات شامل خدمات سلامت رفتاری خاص و LTSS می‌شوند.

طرح بیمه ما معمولاً بابت خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری و بیشتر LTSS دریافتی شما با رعایت مقررات ما، هزینه پرداخت می‌کند. جهت پوشش توسط طرح بیمه ما:

- مراقبتی که دریافت می‌کنید باید در «جدول مزایای پزشکی ما» در **فصل 4** این دفترچه **اطلاعاتی/اعضا** گنجانده شده باشد.
- مراقبت باید از **نظر پزشکی ضروری** باشد. منظور ما از «از نظر پزشکی ضروری»، خدماتی است که برای تشخیص و درمان وضعیت پزشکی شما، بر اساس دلیل و ضرورت باشند. مراقبت با ضرورت پزشکی، برای پیشگیری از ابتلای افراد به بیماری جدی یا ناتوانی و کاهش درد شدید از طریق درمان بیماری، ناخوشی یا جراحت نیاز است.
- برای خدمات پزشکی، باید یک ارائه‌کننده **مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP)** عضو شبکه داشته باشید که مراقبت شما را ارائه و بر آن نظارت کند. به عنوان عضو طرح بیمه، باید یک ارائه‌کننده داخل شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش D1** مراجعه کنید).
  - در بیشتر موارد، قبل از اینکه بخواهید از ارائه‌کننده‌ای که PCP شما نیست استفاده کنید یا از سایر ارائه‌کنندگان در شبکه طرح بیمه ما استفاده کنید، برنامه درمانی ما باید به شما تأییدیه بدهد. این کار، **ارجاع یا معرفی** نام دارد. اگر شما تأیید نشوید، ممکن است ما خدمات را پوشش ندهیم.



- PCPهای طرح بیمه ما، با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. هنگامی که PCP خود را انتخاب می‌کنید، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب خواهید کرد. بدین معنی که PCP شما، شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی وی وابستگی دارند. یک گروه پزشکی، انجمنی از پزشکان مراقبت اولیه و متخصصین است که با هدف ارائه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ به شما، ایجاد شده است.
- برای مراقبت اضطراری یا مراقبت با نیاز فوری، مراجعه به ارائه‌کننده خدمات سلامت زنان، یا هر یک از خدمات دیگری که در **بخش D1** فهرست شده‌اند، نیازی به معرفی از سوی ارائه‌دهنده PCP خود ندارید.
- **شما باید خدمات مراقبتی خود را از ارائه‌کنندگان شبکه دریافت کنید** (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش D** این فصل مراجعه کنید). معمولاً ما مراقبتی را که توسط یک ارائه‌دهنده خدمات که با طرح درمانی ما همکاری ندارد انجام شود، تحت پوشش قرار نمی‌دهیم. این بدان معناست که شما باید هزینه خدمات دریافتی را به‌طور کامل به ارائه‌دهنده خدمات پرداخت کنید. در اینجا مواردی ذکر می‌شود که این قانون برای آنها اعمال نمی‌شود:
  - در صورتی که به مراقبت اورژانسی یا مراقبت با نیاز فوری از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه نیاز دارید (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش H** مراجعه کنید).
  - اگر به مراقبتی نیاز داشته باشید که طرح ما آن را پوشش می‌دهد و ارائه‌دهندگان شبکه ما قادر به ارائه آن نباشند، می‌توانید خدمات را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. برای این کار، نیاز به مجوز است و مجوز باید قبل از درخواست برای مراقبت، از طرح بیمه دریافت شود. در این شرایط، ما هزینه مراقبت را همانند زمانی که از یک ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت شود یا بدون هیچ هزینه‌ای برای شما، پوشش خواهیم داد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت اجازه برای استفاده از ارائه‌کننده خارج از شبکه، به **بخش D4** این فصل مراجعه کنید.
  - اگر برای مدت کوتاهی خارج از منطقه خدماتی طرح بیمه ما باشید، یا در زمان‌هایی که ارائه‌کننده شما موقتاً در دسترس نیست یا دسترسی به او امکان‌پذیر نباشد، در صورت نیاز به خدمات دیالیز کلیه، می‌توانید از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه مراقبت دریافت کنید.
  - اگر عضو جدید طرح بیمه ما هستید، می‌توانید از ما درخواست کنید که به استفاده از ارائه‌کنندگان فعلی خود ادامه دهید. اگر بتوانیم تایید کنیم که شما با این ارائه‌کنندگان از قبل در ارتباط بوده‌اید، به غیر از چند مورد استثناء، باید این درخواست را تایید کنیم. به **فصل 1** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید. اگر ما درخواست شما را تایید کنیم، شما می‌توانید دریافت خدمات از ارائه‌کنندگانی که در حال حاضر از آنها استفاده می‌کنید را، تا 12 ماه ادامه دهید. در طول این مدت، هماهنگ‌کننده مراقبت شما با شما تماس خواهد گرفت تا برای پیدا کردن ارائه‌کنندگان وابسته به گروه پزشکی PCP شما، به شما کمک کند. بعد از 12 ماه، اگر به استفاده از ارائه‌کنندگانی ادامه دهید که در شبکه ما نیستند، و با گروه پزشکی PCP شما وابستگی ندارد، ما دیگر هزینه مراقبت شما را پوشش نخواهیم داد.

**سایر پوشش‌های درمانی:** اگر همان خدمت، تحت پوشش بیمه درمانی اصلی شما موجود باشد، باید پیش از استفاده از Medi-Cal از تمام پوشش‌های بیمه درمانی دیگر خود استفاده کنید، زیرا Medi-Cal آخرین منبع پرداخت هزینه است. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal به عنوان پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به Medicare عمل می‌کند و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط Medicare یا سایر پوشش‌های درمانی را تا سقف تعرفه Medi-Cal پوشش خواهد داد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**اعضای جدید Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan:** در بیشتر موارد، برای دریافت مزایای Medicare خود، در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، ثبت نام خواهید شد. ممکن است همچنان بتوانید تا حداکثر دو ماه خدمات Medi-Cal خود را از طرح بیمه Medi-Cal قبلی خود دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره درج شده در انتهای صفحه تماس بگیرید.

## C. هماهنگ‌کننده مراقبت شما

### C1. هماهنگ‌کننده مراقبت چیست

«هماهنگ‌کننده مراقبت» شخصی است که به طور ویژه برای کمک به شما در دسترسی به مزایا و خدمات Medicare و Medi-Cal آموزش دیده است. هماهنگ‌کننده مراقبت شما عضوی از تیم مراقبت شما خواهد بود و وی به عنوان مخاطب اول و منبع اطلاعاتی برای شما عمل خواهد کرد. پس از ثبت نام، یک هماهنگ‌کننده مراقبت با شما تماس خواهد گرفت تا خود را معرفی کند و به شما در تکمیل فرم «ارزیابی ریسک سلامت» کمک کند تا نیازهای مراقبت درمانی خود را شناسایی کنید.

### C2. شما چطور می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید

شما می‌توانید با شماره 1-888-548-5765، از 8:00 a.m. تا 6:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید. به محضی که با یک هماهنگ‌کننده مراقبت شروع به کار می‌کنید، می‌توانید با تماس با خط تلفن مستقیم او نیز با او تماس بگیرید.

### C3. شما چطور می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید

برای درخواست تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت خود، می‌توانید از ساعت 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. و از دوشنبه تا جمعه با شماره 1-888-548-5765 تماس بگیرید.

## D. دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان

### D1. دریافت مراقبت از ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (primary care provider, PCP)

شما باید یک PCP را برای ارائه و مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید. PCP‌های طرح بیمه ما، با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. هنگامی که PCP خود را انتخاب می‌کنید، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب خواهید کرد.

#### تعریف PCP و کاری که PCP برای شما انجام می‌دهد

PCP شما پزشکی می‌باشد که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی پایه به شما کارآموزی دیده است. PCP می‌تواند یک پزشک خانواده، پزشک عمومی، ارائه‌کننده طب داخلی، پزشک زنان و زایمان و در صورت درخواست یک متخصص باشد. در صورتی می‌توانید یک متخصص را به عنوان PCP خود انتخاب کنید که وی موافقت کند همه خدماتی که PCP معمولاً ارائه می‌کند را ارائه کند. برای درخواست اینکه متخصص شما PCP شما باشد، با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده‌اند). یک درمانگاه، از قبیل مراکز درمانی مورد تأیید دولت فدرال (Federally Qualified Health Centers, FQHC) نیز

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



می‌توانند PCP شما باشند. شما مراقبت عادی یا پایه خود را از PCP دریافت می‌کنید. PCP شما می‌تواند مابقی خدمات تحت پوشش مورد نیاز شما را نیز هماهنگ کند. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:

- عکسبرداری با اشعه ایکس
- تست‌های آزمایشگاهی
- درمان‌ها
- مراقبت توسط پزشکان متخصص
- پذیرش در بیمارستان
- مراقبت پیگیری

PCPها در طرح بیمه ما با گروه پزشکی خاصی وابستگی دارند. گروه پزشکی یا انجمن پزشکان مستقل (Independent Physician Association, IPA)، سازمانی است که طبق قوانین کالیفرنیا تشکیل شده و با طرح‌های بیمه درمانی قرارداد دارد تا به اعضای طرح بیمه درمانی، خدمات مراقبت درمانی ارائه دهد، یا ارائه این خدمات را برایشان هماهنگ کند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می‌کنید، شما گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. بدین معنی که PCP، شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی وی وابستگی دارند.

در بیشتر موارد، شما باید قبل از رفتن نزد سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی یا ویزیت توسط متخصص، ابتدا نزد PCP خود بروید تا از وی ارجاع دریافت کنید. زمانی که این ارجاع مورد تایید گروه پزشکی PCP شما قرار گرفت، می‌توانید با متخصص یا ارائه‌کننده دیگر وقت ویزیت بگذارید تا درمان مورد نیاز را دریافت کنید. هنگامی که متخصص، درمان یا خدمات شما را تکمیل کند، به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP شما بتواند به مدیریت مراقبت شما ادامه دهد. برای دریافت برخی خدمات، PCP شما باید از قبل از طرح بیمه یا، در برخی موارد، از گروه پزشکی وابسته به PCP خود، تأییدیه بگیرید. این مجوز دریافت شده از قبل «اجازه قبلی» خوانده می‌شود.

#### انتخاب PCP توسط شما

هنگامی که در طرح بیمه ما عضو می‌شوید، باید یک ارائه‌کننده طرح بیمه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.

شما برای انتخاب PCP می‌توانید:

- از فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها استفاده کنید. برای پیدا کردن پزشک موردنظران، به لیست الفبایی "پزشکان مراقبت‌های درمانی اولیه" در پشت این فهرست مراجعه کنید. (این فهرست به ترتیب حروف الفبا و براساس نام خانوادگی پزشکان مرتب شده است.)؛ یا
- به وبسایت [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://blueshieldca.com/find-a-doctor) مراجعه کرده و PCP مورد نظران را جستجو کنید؛ یا
- برای دریافت کمک با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده‌اند).

برای فهمیدن آنکه آیا ارائه‌کننده مراقبت درمانی که می‌خواهید در دسترس است یا بیمار جدید می‌پذیرد، به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید که در وبسایت ما موجود است یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در انتهای این صفحه چاپ شده است). اگر متخصص یا بیمارستان خاصی هست که می‌خواهید استفاده کنید، ببینید که آیا با گروه پزشکی PCP

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

شما وابستگی دارند یا خیر. می‌توانید به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید یا از خدمات مشتریان بپرسید که آیا PCP موردنظر شما، به آن متخصص ارجاع می‌دهد یا از آن بیمارستان استفاده می‌کند.

### گزینه‌ی تغییر PCP شما

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

می‌توانید مراحل ذکر شده در «انتخاب PCP توسط شما» را برای تغییر PCP خود دنبال کنید. حتماً با خدمات مشتریان تماس بگیرید و به آنها اطلاع دهید که PCP خود را تغییر می‌دهید (شماره تلفن و ساعات کاری در انتهای این صفحه چاپ شده است).

زمانیکه تغییر درخواست شد، اختصاص به PCP جدید و گروه پزشکی مرتبط به وی در اولین روز ماه بعد از درخواست شما برای تغییر PCP انجام خواهد شد.

نام و شماره تلفن مطب PCP شما بر روی کارت عضویت شما قید شده است. اگر PCP خود را تغییر دهید، یک کارت عضویت جدید دریافت خواهید کرد.

PCPهای طرح بیمه ما، با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. اگر شما PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه پزشکی را نیز تغییر دهید. زمانی که درخواست تغییر می‌کنید، به خدمات مشتریان اطلاع دهید که آیا از متخصص استفاده می‌کنید یا سایر خدمات تحت پوشش که باید تاییدیه PCP را داشته باشند، دریافت می‌کنید. خدمات مشتریان به شما کمک خواهد کرد مراقبت تخصصی و سایر خدمات را در هنگام تغییر PCP شما همچنان ادامه یابد.

### خدماتی که می‌توانید بدون تاییدیه PCP خود دریافت کنید

در بیشتر موارد، قبل از استفاده از سایر ارائه‌کنندگان به تاییدیه PCP خود نیاز دارید. این تاییدیه، ارجاع یا معرفی نام دارد. شما می‌توانید خدماتی مانند موارد ذکر شده در زیر را بدون کسب تاییدیه از PCP خود یا طرح بیمه ما، دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌کنندگان عضو شبکه یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه
- خدمات تحت پوششی که نیاز به بررسی فوری پزشکی دارند (اما اورژانسی محسوب نمی‌شوند)، در صورتی که شما به‌طور موقت خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا با توجه به زمان، مکان و شرایط، دریافت این خدمت از ارائه‌دهندگان داخل شبکه امکان‌پذیر نباشد، تحت پوشش قرار می‌گیرند. نمونه‌هایی از خدمات نیازمند رسیدگی فوری عبارتند از بیماری‌ها و آسیب‌های غیرمنتظره یا تشدید ناگهانی بیماری‌های موجود. ویزیت‌های عادی ارائه‌دهنده خدمات که از نظر پزشکی ضروری هستند (مانند معاینات سالانه) حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا شبکه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد، جزو موارد فوریتی محسوب نمی‌شوند.
- خدمات دیالیز کلیه که هنگامی که در خارج از منطقه خدمات‌دهی طرح بیمه ما هستید، از مرکز دیالیز مجاز Medicare، دریافت می‌کنید. اگر قبل از ترک منطقه خدماتی با خدمات مشتریان تماس بگیرید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دیالیز را هنگامی که در خارج از منطقه هستید، دریافت کنید.
- تزریق واکسن آنفلوآنزا و واکسن COVID-19، همچنین واکسن هپاتیت B و واکسن ذات‌الریه، تا زمانی که از یک ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت شوند، تحت پوشش قرار می‌گیرند.



- خدمات مراقبت درمانی عادی زنان و تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه پستان، معاینه تشخیصی ماموگرافی (عکسبرداری اشعه ایکس از پستان)، آزمایش پاپ اسمیر و معاینه لگن می‌شود، تا زمانی که آنها را از ارائه کننده شبکه دریافت کنید.

علاوه بر این، اگر شما عضو بومیان آمریکایی باشید، می‌توانید خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی بومیان که خودتان انتخاب می‌کنید، بدون نیاز به اخذ معرفی‌نامه از پزشک مراقبت اولیه داخل شبکه یا اخذ مجوز قبلی، دریافت کنید.

## D2. دریافت مراقبت از متخصصین و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه

متخصص، پزشکی می‌باشد که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می‌کند. انواع بسیار گوناگونی از متخصصین وجود دارند، مثل:

- انکولوژیست‌هایی که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می‌کنند.
  - متخصصین قلب که از بیماران مبتلا به مشکلات قلبی مراقبت می‌کنند.
  - متخصصین ارتوپدی که از بیماران مبتلا به مشکلات استخوانی، مفصلی یا عضلانی مراقبت می‌کنند.
- هنگامی که به خدمات مراقبت تخصصی یا اضافی نیاز دارید که PCP شما نمی‌تواند ارائه کند، وی شما را ارجاع خواهد داد. زمانیکه این ارجاع مورد تایید گروه پزشکی PCP شما قرار گرفت، می‌توانید با متخصص یا ارائه کننده دیگر وقت ویزیت بگذارید تا درمان مورد نیاز را دریافت کنید. هنگامیکه درمان یا خدمات برای شما انجام شد، متخصص به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP شما بتواند به مدیریت مراقبت از شما ادامه دهد.
- برای دریافت برخی از خدمات، PCP شما باید از قبل مجوزی را از طرح بیمه برای شما دریافت کند. این مجوز دریافت شده از قبل «اجازه قبلی» خوانده می‌شود. برای مثال اجازه قبلی برای همه اقامت‌های غیر اورژانسی در بیمارستان لازم است. در برخی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP شما، به جای طرح بیمه، می‌تواند اجازه خدمات شما را صادر کند.
- اگر در مورد اینکه چه کسی مسئول ارسال و تایید اجازه قبلی برای خدمات است هرگونه سؤالاتی دارید، با گروه پزشکی وابسته به PCP خود تماس بگیرید. همچنین شما می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه خدماتی به اجازه قبلی (prior authorization) نیاز دارند، لطفاً به «جدول مزایا» در «فصل 4، بخش D» مراجعه کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه خدماتی به اجازه قبلی (prior authorization) نیاز دارند، لطفاً به «جدول مزایا» در «فصل 4، بخش D» مراجعه کنید. در هر یک از بیماری‌های زیر، ما باید به شما یک معرفی‌نامه ادامه‌دار برای یک متخصص مجرب، بدهیم:

- یک بیماری مزمن (مستمر)؛
  - یک بیماری سلامت روان یا فیزیکی که تهدید کننده جان باشد؛
  - یک بیماری دژنراتیو یا ناتوانی؛
  - سایر بیماری‌ها یا عوارض پزشکی که به قدر کافی جدی یا پیچیده است که نیاز به درمان توسط یک متخصص داشته باشد.
- اگر در زمان نیاز، معرفی‌نامه کتبی نگیرید، ممکن است صورتحساب پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**D3. وقتی یک ارائه‌کننده شبکه ما را ترک می‌کند**

ارائه‌کننده شبکه‌ای که استفاده می‌کنید، ممکن است طرح بیمه ما را ترک کند. اگر ارائه‌کننده شما برنامه ما را ترک کند، شما این حقوق و محافظت‌ها را دارید که در زیر خلاصه می‌شوند:

حتی اگر شبکه ارائه‌کنندگان ما در طول سال تغییر کند، ما باید به شما دسترسی بدون وقفه به ارائه‌کنندگان مجرب بدهیم.

- ما به شما اطلاع خواهیم داد که ارائه‌کننده شما در حال ترک طرح بیمه ما است، تا شما زمان برای انتخاب یک ارائه‌کننده جدید داشته باشید.

○ اگر ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی یا سلامت رفتاری شما، طرح بیمه ما را ترک کند، در صورتی‌که شما در سه سال گذشته به آن ارائه‌کننده مراجعه کرده باشید، ما به شما اطلاع خواهیم داد.

○ اگر هر یک از سایر ارائه‌دهندگان خدمات شما از طرح ما خارج شوند، در صورتی‌که شما به آن ارائه‌دهنده اختصاص داده شده باشید، در حال حاضر از او خدمات دریافت کنید، یا در سه ماه گذشته به او مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.

- ما به شما کمک خواهیم کرد که یک ارائه‌کننده درون شبکه واجد شرایط جدید را انتخاب کنید و به مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود ادامه دهید.

- اگر در حال حاضر تحت درمان پزشکی یا درمان‌های دیگری توسط ارائه‌کننده فعلی خود هستید، حق دارید درخواست کنید که همچنان درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی را از ارائه‌کننده دیگری در شبکه ما دریافت کنید. ما با شما همکاری خواهیم کرد تا بتوانید همچنان خدمات درمانی دریافت کنید.

- ما اطلاعاتی را در مورد دوره‌های ثبت‌نام موجود و گزینه‌هایی که ممکن است برای تغییر برنامه‌های درمانی در اختیار داشته باشید، به شما می‌دهیم.

- اگر ما نتوانیم یک متخصص درون شبکه واجد شرایط را برای دسترسی شما پیدا کنیم، باید ترتیبی دهیم که یک متخصص خارج از شبکه در مواقع عدم دسترسی یا عدم تناسب برای رفع نیازهای پزشکی شما، به شما خدمات مراقبت ارایه کند.

- اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌کنندگان شما، طرح بیمه ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم ارائه‌کننده جدیدی را برای مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید.

- اگر فکر می‌کنید که ما ارائه‌کننده قبلی شما را با یک ارائه‌کننده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا به خوبی مراقبت شما را مدیریت نمی‌کنیم، شما حق دارید یک شکایت در مورد کیفیت مراقبت به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)، یا یک نارضایتی از کیفیت مراقبت یا هر دو را با هم، مطرح کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 9 مراجعه کنید.)

**D4. ارائه‌کنندگان خارج از شبکه**

اگر به مراقبت پزشکی نیاز دارید که Medicare و یا Medi-Cal لازم می‌دانند که طرح بیمه ما پوشش دهد و ارائه‌کنندگان در شبکه ما نمی‌توانند این مراقبت را ارائه کنند، می‌توانید این مراقبت را از ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت کنید. PCP شما مسئول تسلیم درخواست برای اجازه قبلی برای خدمات خارج از شبکه است. شما باید قبل از درخواست مراقبت از ارائه‌کننده خارج از شبکه، از طرح بیمه یا گروه پزشکی وابسته به PCP خود مجوز دریافت کنید، مگر آنکه در حال دریافت خدمات اورژانسی یا

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



فوری موردنیاز باشید. علاوه بر این، طرح‌های بیمه باید خدمات دیالیز را برای اعضای مبتلا به ESRD در این شرایط پوشش دهند: اگر این افراد به خارج از منطقه خدماتی طرح سفر کرده باشند، ارائه‌کننده آنها موقتاً در دسترس نباشد یا امکان دسترسی به او وجود نداشته باشد و نتوانند به ارائه‌کنندگان قراردادی ESRD دسترسی پیدا کنند. در این شرایط، شما همان مبلغی را پرداخت خواهید کرد که در صورت دریافت مراقبت از ارائه‌کننده داخل شبکه، پرداخت می‌کرده‌اید.

اگر می‌خواهید از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه استفاده کنید، ارائه‌کننده باید Medicare و یا Medi-Cal را قبول کند.

- ما نمی‌توانیم هزینه ارائه‌کننده‌ای را که برای مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal واجد شرایط نیست، پرداخت کنیم.
- اگر می‌خواهید از ارائه‌کننده‌ای استفاده کنید که برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را خودتان بپردازید.
- اگر ارائه‌کنندگان برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نباشند، باید به شما اطلاع دهند.

## E. خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)

LTSS می‌تواند به شما کمک کند در خانه بمانید و از بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی پرهیز کنید. شما از طریق طرح درمانی ما به بعضی خدمات LTSS، از جمله مرکز پرستاری تخصصی، خدمات محلی برای افراد بالغ (Community Based Adult Services, CBAS)، و پشتیبانی‌های محلی دسترسی دارید. یک نوع دیگر LTSS، برنامه خدمات پشتیبانی در منزل است که از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی در دسترس است. خدمات LTSS ویژه اعضایی است که در انجام فعالیت‌های معمول روزمره مثل استحمام، لباس پوشیدن، آماده کردن غذا و مدیریت داروها، نیاز به کمک دارند. اگر شما برای ادامه زندگی مستقل به کمک نیاز دارید، لطفاً برای دریافت معرفی‌نامه با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات مشتریان، تماس بگیرید.

LTSS شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)، خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)، برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP) و مراقبت طولانی مدت/مراقبت نظارتی است.

گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت درمانی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)
- مراقبت پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتار درمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت درمانی در خانه

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

بسته به کانتی که در آن زندگی می‌کنید و شرایط احرازتان، ممکن است بتوانید پشتیبانی‌های محلی دیگری را نیز از طریق Blue Shield Promise Medi-Cal Plan دریافت کنید. اگر فکر می‌کنید واجد شرایط حمایت‌های محلی هستید، ارائه‌کننده شما می‌تواند شما را معرفی کند یا شما می‌توانید با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا اطلاعات بیشتری کسب کنید. ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- سازگاری‌های دسترسی به محیط (ایجاد تغییرات در منزل)
- خدمات کمک در جابه‌جایی مسکن
- ودیعه‌های مسکونی
- خدمات اجاره‌نشینی و حفظ و نگهداری مسکن
- غذاهای کمکی یا وعده‌های غذایی متناسب با وضعیت پزشکی
- خدمات مراقبت فردی و خانهداری
- مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)
- استراحت مخصوص مراقبین
- مسکن کوتاه مدت و پس از بستری شدن در بیمارستان
- مراکز ترک اعتیاد

## F. خدمات سلامت رفتاری (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد)

شما حق دارید به خدمات سلامت رفتاری ضروری از نظر پزشکی، که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند، دسترسی داشته باشید. ما امکان دسترسی به خدمات سلامت رفتاری که تحت پوشش مراقبت‌های هماهنگ Medicare و Medi-Cal هستند را فراهم می‌کنیم. طرح درمانی ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد کانتی را ارائه نمی‌دهد؛ اما این خدمات از طریق اداره سلامت روان کانتی لس‌آنجلس (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH)، اداره سلامت عمومی کانتی لس‌آنجلس (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH) و خدمات سلامت رفتاری کانتی سن‌دیگو (County of San Diego Behavioral Health Services) در دسترس شما هستند.

### F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal ارایه شده در خارج از طرح بیمه ما

اگر معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان از طریق برنامه سلامت روان کانتی (Mental Health Plan, MHP) در دسترس شما قرار دارد. خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal ارایه شده توسط اداره سلامت روان کانتی لس‌آنجلس (LACDMH) و اداره سلامت عمومی کانتی لس‌آنجلس (LACDPH)، و خدمات سلامت رفتاری کانتی سن‌دیگو کانتی شامل این موارد هستند:

- خدمات سلامت روان
- خدمات حمایت دارویی

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- خدمات درمانی فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت وضعیت در بحران
- خدمات درمان همراه با اسکان بزرگسالان
- خدمات درمان همراه با اسکان در موارد بحرانی
- خدمات مرکز سلامت روان پزشکی
- خدمات روان پزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- بازگشت به جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی
- درمان جامعه‌محور تأکیدی (ACT)
- درمان جامعه‌محور تأکیدی تخصصی پزشکی قانونی (FACT)
- مراقبت تخصصی هماهنگ (CSC) برای نخستین بروز روان‌پریشی (FEP)
- خدمات حمایتی clubhouse
- خدمات بهبودیافته کارشناس سلامت جامعه (CHW)
- اشتغال حمایتی
- خدمات رفتار درمانی
- درمان در محیط خانواده برای کودکان بی‌سرپرست
- هماهنگ‌سازی مراقبت‌های ویژه
- خدمات فشرده در محیط خانه
- خدمات Drug Medi-Cal (DMC) ارائه‌شده توسط اداره سلامت روان کانتی لس‌آنجلس (LACDMH)، اداره بهداشت عمومی کانتی لس‌آنجلس (LACDPH) و خدمات سلامت رفتاری کانتی سن‌دیگو شامل موارد زیر است:
- خدمات درمان فشرده بیماران سرپایی
- درمان مسکونی اختلال سوءمصرف مواد در دوران بارداری و پس از زایمان
- خدمات درمانی برای بیماران سرپایی



- برنامه مداوای مواد مخدر
- داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات حمایتی توسط همکاران

اگر معیارهای دریافت خدمات سیستم توزیع ساختارمند Drug Medi-Cal (یا Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) را دارید، این خدمات از طریق اداره سلامت روان کانتی لس آنجلس (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (LACDPH) و خدمات سلامت رفتاری کانتی سن دیگو، در دسترس شما هستند. خدمات DMC-ODS شامل موارد زیر می‌شوند:

- خدمات درمانی برای بیماران سرپایی
- خدمات درمان فشرده بیماران سرپایی
- داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات درمان همراه با اسکان
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه مداوای مواد مخدر
- خدمات ریکآوری
- هماهنگ‌سازی مراقبت
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- غربالگری دوره‌ای، تشخیص و مداوای زودهنگام بیماری (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات درمانی برای بیماران بستری

علاوه بر خدمات فوق‌الذکر، در صورت برآوردن شرایط لازم، ممکن است به خدمات بستری سم زدایی (detoxification) داوطلبانه نیز، دسترسی داشته باشید.

#### دسترسی به خدمات سلامت رفتاری

مجموعه جامعی از خدمات در دسترس شما می‌باشند. شما می‌توانید خودتان را به یک ارائه‌کننده تحت قرارداد ارجاع دهید و همچنین می‌توانید توسط PCP، عضو خانواده و غیره ارجاع داده شوید. دسترسی به خدمات «از هر روشی» امکانپذیر است. شما می‌توانید برای دریافت خدمات با مراکز زیر تماس بگیرید:

- خط «تماس بحران و ارجاع کانتی» (برای شماره تلفن و ساعات کاری، لطفاً به فصل 2، بخش K این کتابچه مراجعه کنید)
- اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس، پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-742-7900، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید)

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- خدمات سلامت رفتاری کانتی سن دیگو – ارائه دهنده خدمات اختلال مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-724-7240، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید)
- خط سلامت رفتاری Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (برای شماره تلفن و ساعات کاری، لطفاً به فصل 2، بخش D این کتابچه مراجعه کنید)
- خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده‌اند)

### روال‌های تعیین خدمات دارای ضرورت پزشکی

ضرورت پزشکی توسط ارائه‌کننده مجاز مربوطه مشخص می‌شود. معیارهای ضرورت پزشکی که توسط Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan و این کانتی مورد استفاده قرار می‌گیرند، توسط کارشناسان سلامت رفتاری و سایر ذی‌نفعان تدوین شده‌اند و با الزامات قانونی مطابقت دارند.

### روال ارجاع بین Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan و این کانتی

اگر از Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یا این کانتی خدماتی را دریافت می‌کنید، می‌توانید متناسب با نیازهایتان به نهاد دیگر ارجاع داده شوید. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یا این کانتی می‌توانند با تماس با نهادی که قرار است به آن ارجاع داده شوید، شما را ارجاع دهد. همچنین یک فرم ارجاع توسط ارائه‌کننده ارجاع کننده نیز پر شده و به نهادی داده می‌شود که به وی معرفی می‌شوید.

### روال حل و فصل مشکل

اگر بین شما و این کانتی یا بین شما و طرح بیمه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan اختلافی وجود داشته باشد، شما تا زمان حل اختلاف، همچنان خدمات سلامت رفتاری را که از نظر پزشکی ضروری هستند، از جمله داروهای نسخه‌ای، دریافت خواهید کرد. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با این کانتی همکاری کرده است تا روالهایی برای حل اختلاف تدوین کند که به موقع انجام شوند و تأثیر منفی بر خدمات مورد نیاز شما نداشته باشند. بسته به اینکه با کدام نهاد اختلاف دارید، می‌توانید از روال تجدیدنظر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یا این کانتی استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد روند تجدیدنظر، به فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

## G. خدمات حمل و نقل

### G1. حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری

اگر نیازهای پزشکی شما به گونه‌ای باشد که نتوانید برای رفتن به قرارهای خود از خودرو، اتوبوس یا تاکسی استفاده کنید، واجد شرایط دریافت خدمات حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری (non-emergency medical transportation, NEMT) هستید. خدمات NEMT برای همه خدمات تحت پوشش Medi-Cal، مانند قرارهای پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، خدمات مصرف مواد و داروخانه قابل ارائه هستند. اگر پس از استفاده از 48 سفر یک طرفه که به شما ارائه می‌دهیم، همچنان به حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری نیاز داشتید، می‌توانید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و برای سفرهای اضافی درخواست کنید. ارائه‌کننده شما یا ارائه‌کننده خدمات حمل و نقل ما، Call The Car، مناسب‌ترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین خواهد کرد. اگر به NEMT نیاز داشته باشید، آنها با تکمیل یک فرم و ارسال آن به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan برای تأیید، NEMT را برای شما تجویز خواهند کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، ممکن است بتوانید برای حداکثر 12 ماه تأییدیه دریافت کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



پزشک PCP شما در صورت لزوم یا پس از پایان اعتبار تجویز شما، نیازتان به NEMT را دوباره ارزیابی می‌کند و ممکن است NEMT را برای حداکثر 12 ماه دیگر مجدداً تأیید کند.

خدمات NEMT شامل آمبولانس، ون برانکارد، ون ویلچر یا حمل‌ونقل هوایی است. هنگامی که برای رفتن به خود به وسیله حمل‌ونقل نیاز دارید، طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan کم‌هزینه‌ترین شیوه حمل‌ونقل تحت پوشش و مناسب‌ترین نوع NEMT را بر اساس نیازهای پزشکی شما ارائه می‌کند. برای مثال، اگر از نظر جسمی یا پزشکی امکان جابجایی شما با ون حمل ویلچر وجود داشته باشد، طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. شما تنها در صورتی برای حمل و نقل هوایی واجد شرایط هستید که عارضه پزشکی شما استفاده از هرگونه وسیله حمل و نقل زمینی را غیرممکن کند.

در موارد زیر باید از NEMT استفاده کرد:

- شما، با توجه به تأیید کتبی پزشک PCP، مشخص شود که به دلیل عدم توانایی استفاده از اتوبوس، تاکسی، خودرو یا ون برای رسیدن به وقت ملاقات خود، از نظر جسمی یا پزشکی به این خدمات نیاز دارید.
- شما به واسطه معلولیت جسمانی یا روانی، برای رفت و آمد به منزل، خودرو یا محل مداوای خود، به کمک فرد راننده نیاز داشته باشید.

برای درخواست حمل‌ونقل پزشکی که پزشکتان برای **قرارهای معمول** و غیرفوری تجویز کرده است، با Call the Car به شماره (877) 433-2178 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. از برنامه همراه CTC Go می‌توان برای برنامه‌ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزروهای ویلچر استفاده کرد. برنامه CTC Go گوشی همراه را نمی‌توان برای حمل‌ونقل رفت‌وبرگشت استفاده کرد و برای هماهنگ کردن این سفرها باید تماس بگیرید. هماهنگی برای قرارهای معمول و غیرفوری باید حداقل 24 ساعت پیش از قرار ملاقات شما انجام شود. برای **قرارهای ملاقات**، در اولین فرصت ممکن تماس بگیرید. وقتی تماس می‌گیرید، کارت شناسایی عضو خود را آماده داشته باشید. اگر به اطلاعات بیشتر نیاز دارید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

### محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را برآورده می‌کند، از منزل شما تا نزدیک‌ترین ارائه‌کننده‌ای که وقت قرار در دسترس دارد، پوشش می‌دهد. اگر Medicare یا Medi-Cal این خدمات را پوشش ندهند، حمل و نقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات تحت پوشش Medi-Cal باشد، اما تحت پوشش این طرح بیمه درمانی نباشد، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شما برای برنامه‌ریزی حمل‌ونقل کمک خواهد کرد. فهرستی از خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه راهنما، گنجانده شده است. حمل‌ونقل خارج از شبکه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یا در خارج از منطقه خدمات‌رسانی، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد، مگر اینکه از قبل تأیید شده باشد.

### G2. حمل و نقل غیرپزشکی

مزایای حمل‌ونقل غیرپزشکی (NMT) شامل رفت‌وآمد به محل قرارهای شما برای دریافت خدماتی است که ارائه‌کننده شما تأیید کرده باشد. در موارد زیر می‌توانید از حمل و نقل رایگان بهره‌مند شوید که:

- رفت و برگشت به قرار ویزیت برای خدماتی که توسط ارائه‌کننده شما تأیید شده باشد، یا
- تحویل گرفتن داروهای نسخه‌دار و لوازم پزشکی.



Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شما اجازه می‌دهد برای رفتن به قرار خود جهت دریافت خدمات تأیید شده توسط ارائه‌کنندگان، از خودرو، تاکسی، اتوبوس یا سایر وسایل حمل‌ونقل عمومی/خصوصی استفاده کنید. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan از Call the Car برای هماهنگی خدمات NMT استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین نوع NMT را که نیازهای شما را برآورده کند، تحت پوشش قرار می‌دهیم.

گاهی اوقات، شما می‌توانید هزینه سفر از طریق وسیله نقلیه خصوصی که خود ترتیب آن را داده‌اید را نیز دریافت کنید. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan باید این مورد را قبل از انجام سفر، تأیید کند و شما باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید به روش دیگری، مثلاً با اتوبوس، به مقصد بروید. شما می‌توانید با تماس یا ارسال ایمیل یا به صورت حضوری به ما اطلاع دهید. شما نمی‌توانید برای رانندگی با وسیله شخصی خود هزینه دریافت کنید.

بازپرداخت بر حسب مایل در موارد زیر لازم است:

- گواهینامه رانندگی راننده
- گواهی ثبت خودروی راننده
- مدرک بیمه برای راننده

برای درخواست حمل‌ونقل جهت دریافت خدماتی که تأیید شده‌اند، حداقل بیست و چهار (24) ساعت قبل از قرار خود با Call the Car به شماره (TTY: 711) 1-877-433-2178 تماس بگیرید. برای قرار ملاقات‌های فوری، در اولین فرصت تماس بگیرید. وقتی تماس می‌گیرید، کارت شناسایی عضو خود را آماده داشته باشید. اگر به اطلاعات بیشتر نیاز دارید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

**توجه:** اعضای سرخپوست آمریکایی می‌توانند با درمانگاه محلی سلامت سرخپوستان خودشان تماس گرفته و برای حمل و نقل غیر پزشکی درخواست کنند.

#### محدودیت‌های حمل و نقل غیر پزشکی

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan کم‌هزینه‌ترین نوع NMT را که نیازهای شما را برآورده می‌کند، برای رفتن از منزل شما به نزدیک‌ترین ارائه‌کننده‌ای که دارای نوبت خالی است، ارائه می‌کند. شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کرده یا مستقیماً مبلغ بازپرداخت را دریافت کنید.

NMT در موارد زیر صدق نمی‌کند:

آمبولانس، ون بیماربر، ون ویژه صندلی چرخدار یا سایر روش‌های حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری که برای دریافت خدمات نیاز باشد.

- شما به دلیل عارضه جسمانی یا روانی، برای رفت و برگشت به منزل، وسیله نقلیه یا محل درمان، به کمک راننده نیاز داشته باشید.
- شما در صندلی چرخدار باشید و نتوانید بدون دریافت کمک از راننده از ماشین پیاده و به آن سوار شوید.
- این خدمات تحت پوشش Medi-Cal یا Medicare نباشد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## H. خدمات تحت پوشش در موارد اورژانس پزشکی، در صورتی که فوراً نیاز باشند، یا در دوره بروز فاجعه

### H1. مراقبت در وضعیت اورژانس پزشکی

وضعیت اورژانس پزشکی، یک وضعیت پزشکی با علائمی از قبیل بیماری، درد شدید، آسیب جدی یا یک عارضه پزشکی است که به سرعت در حال بدتر شدن باشد. این عارضه آنقدر جدی است که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرید، شما یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای زندگی شما یا کودک متولد نشده شما؛ یا
- از دست دادن یا آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا
- اختلال جدی در عملکرد هر اندام یا بخش بدن؛ یا
- در مورد زنان باردار در حین وضع حمل فعال، وقتی که:
  - وقت کافی برای انتقال ایمن شما به یک بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.
  - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامتی و ایمنی شما یا کودک متولد نشده شما را در معرض خطر قرار دهد.

اگر در وضعیت اورژانس پزشکی هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس گرفته یا از نزدیکترین بخش اورژانس یا بیمارستان استفاده کنید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. شما نیازی به تأیید یا ارجاع از سوی PCP خود ندارید. نیاز نیست که از ارائه‌کنندگان داخل شبکه استفاده کنید. شما می‌توانید در هر زمان که به آن نیاز داشته باشید، از هر ارائه‌دهنده‌ای که دارای مجوز ایالتی معتبر باشد، مراقبت‌های درمانی اورژانسی تحت پوشش را دریافت کنید؛ چه در هر نقطه از ایالات متحده یا مناطق تحت قلمرو آن باشید و چه در هر جای دیگر جهان، حتی اگر آن ارائه‌دهنده عضو شبکه ما نباشد.
- **هرچه زودتر به طرح بیمه ما درباره وضعیت اورژانسی خود خبر دهید.** ما مراقبت اضطراری شما را پیگیری می‌کنیم. شما یا شخصی دیگر، معمولاً ظرف مدت 48 ساعت، باید در مورد مراقبت اضطراری (اورژانسی) شما با ما تماس بگیرید. هر چند اگر هم در اعلام به ما تاخیر داشته باشید، شما بابت موارد اورژانسی پرداخت نخواهید کرد. با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT)، هفت روز هفته تماس بگیرید.

### خدمات تحت پوشش در وضعیت اورژانس پزشکی

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan خدمات اورژانس و مراقبت فوری را در سراسر جهان، خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن، تحت شرایط زیر و بدون محدودیت سالانه ترکیبی پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به «جدول مزایای پزشکی» در فصل 4، بخش D این سند مراجعه کنید.



طرح ما خدمات آمبولانس را در شرایطی که رفتن به اورژانس از هر طریق دیگر می‌تواند سلامت شما را به خطر بیندازد، پوشش می‌دهد. ما همچنین خدمات پزشکی را در وضعیت اورژانسی پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «جدول مزایا» در **فصل 4** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

ارائه‌کنندگانی که مراقبت اورژانسی را برای شما فراهم می‌کنند، تصمیم می‌گیرند که وضعیت شما چه زمانی پایدار است و وضعیت اورژانسی چه وقت به پایان رسیده است. آنها به درمان شما ادامه خواهند داد و اگر برای بهبودی به مراقبت پیگیری درمان، نیاز داشته باشید، برای هماهنگی با ما تماس خواهند گرفت.

طرح بیمه ما، مراقبت پیگیری درمان شما را پوشش می‌دهد. اگر شما مراقبت اورژانسی خود را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت می‌کنید، ما سعی خواهیم کرد در زودترین زمان ممکن، ارائه‌کنندگان عضو شبکه، مراقبت از شما را به عهده بگیرند.

### دریافت مراقبت اورژانسی در مواردی که اورژانسی نیست

گاهی اوقات ممکن است تشخیص اینکه وضعیت پزشکی یا سلامت روان اورژانسی دارید مشکل باشد. ممکن است برای مراقبت اورژانسی بروید و پزشک بگوید که در واقع وضعیت اورژانسی نبوده است. تا زمانی که شما به طور منطقی تصور کنید که در خطر جدی هستید، ما مراقبت شما را پوشش می‌دهیم.

البته، پس از اینکه پزشک بگوید که وضعیت اورژانسی نبوده است، ما تنها زمانی مراقبت اضافی شما را پوشش می‌دهیم که:

- شما از ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید یا
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید از نوع «مراقبت با نیاز فوری» باشد و از مقررات مربوطه برای دریافت آن پیروی کنید. به بخش بعدی مراجعه کنید.

## H2. مراقبت با نیاز فوری

مراقبت با نیاز فوری نوعی مراقبت است که برای وضعیتی دریافت می‌کنید که اورژانسی نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. برای مثال، ممکن است عارضه کنونی شما عود کرده باشد یا بیماری یا مصدومیت پیش‌بینی نشده داشته باشید.

### مراقبت با نیاز فوری در منطقه خدماتی طرح بیمه ما

ما تنها زمانی مراقبتی که نیاز فوری دارد را پوشش می‌دهیم که:

- شما این مراقبت را از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید، و

شما از مقرراتی که در این فصل توضیح داده شده‌اند، پیروی کنید.

اگر با توجه به زمان، محل یا شرایطتان، نمی‌توانید یا منطقی نیست که نزد یک ارائه‌کننده شبکه بروید، ما مراقبتی که نیاز فوری دارد را از ارائه‌کننده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم.

برای دریافت فهرست جدید مراکز مراقبت‌های فوری وابسته به گروه پزشکی خود، لطفاً با PCP خود تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با مراجعه به نشانی اینترنتی [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://blueshieldca.com/find-a-doctor)، مراکز مراقبت‌های فوری را در منطقه خود جستجو کنید.



**مراقبت با نیاز فوری در خارج از منطقه خدماتی طرح بیمه ما**

هنگامی که در خارج منطقه خدماتی هستید، ممکن است نتوانید مراقبت را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید. در آن صورت، طرح بیمه ما هزینه مراقبتی که نیاز فوری دارد را از هر ارائه‌کننده‌ای پوشش می‌دهد. با این حال، ویزیت‌های عادی ارائه‌دهنده خدمات که از نظر پزشکی ضروری هستند، مانند معاینات سالانه، حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا شبکه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد، جزو موارد فوریتی محسوب نمی‌شوند.

طرح بیمه ما، موارد اورژانس و مراقبت با نیاز فوری را در سراسر جهان، خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن، تحت شرایط زیر و بدون محدودیت سالانه ترکیبی پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش *مراقبت اورژانسی و مراقبت با نیاز فوری* در «جدول مزایای پزشکی» در **فصل 4، بخش D** مراجعه کنید.

اگر زمانی که در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن هستید به مراقبت‌های فوری نیاز پیدا کردید، با مرکز خدمات اصلی جهانی Blue Shield با شماره رایگان 810-2583 (800) یا 673-1177 (804)، در 24 ساعت در روز، هفت روز هفته، تماس بگیرید. برای موارد اورژانسی، مستقیم به نزدیک‌ترین بیمارستان مراجعه کنید. شما باید با شماره خدمات مشتریان در پشت کارت شناسایی عضو خود تماس بگیرید. به عنوان بخشی از این خدمات، در رابطه با مراقبت بستری بیمارستانی، شما می‌توانید با مرکز خدمات اصلی جهانی Blue Shield تماس گرفته و درخواست دسترسی بدون پول نقد کنید. اگر شما برای دسترسی بدون پول نقد هماهنگ کنید، شما مسئول هزینه‌های معمول پرداختی از جیب مثل هزینه‌های موارد غیرتحت پوشش و سهم‌های ثابت بیمه شده هستید. اگر شما برای دسترسی بدون پول نقد هماهنگ نکنید، باید کل صورتحساب مراقبت پزشکی خود را پرداخت کرده و درخواست بازپرداخت ارایه کنید.

**H3. مراقبت در زمان بروز فاجعه**

اگر فرماندار کالیفرنیا، دبیر خدمات سلامت و انسانی ایالات متحده یا رییس جمهور ایالات متحده، وضعیت بحرانی (فاجعه زده) یا وضعیت اضطراری را در منطقه جغرافیایی شما اعلام کنند، شما همچنان مشمول دریافت مراقبت از طرح بیمه ما هستید.

برای دریافت اطلاعات درباره روش دریافت مراقبت در زمان اعلام فاجعه، از وبسایت ما بازدید کنید.

[blueshieldca.com/emergencypolicy](https://blueshieldca.com/emergencypolicy)

در زمان اعلام فاجعه، اگر شما نتوانید از ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید، می‌توانید از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه به نرخ سهم هزینه داخل شبکه استفاده کنید. اگر در زمان اعلام فاجعه نتوانید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروهای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

**1. اگر برای خدمات تحت پوشش برای شما مستقیماً صورتحساب ارسال شد، چه باید بکنید**

اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده‌اید، یا برای خدمات تحت پوشش بیش از سهم هزینه طرح بیمه خود پرداخت کرده‌اید، یا صورتحسابی بابت کل هزینه خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از اینکه باید چه کاری انجام دهید به **فصل 7** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

شما نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. اگر این کار را انجام دهید، ممکن است نتوانیم مبلغ را به شما بازپرداخت کنیم.

**11. اگر برنامه ما خدمات را پوشش ندهد باید چه کاری انجام دهید**

طرح بیمه ما همه خدمات را مطابق با اصول زیر پوشش می‌دهد:

- خدماتی که ضرورت پزشکی آنها تشخیص داده شده، و

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- در جدول مزایای طرح بیمه ما فهرست شده‌اند (به فصل 4 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید)، و
- با رعایت مقررات طرح بیمه دریافت شده باشند.

اگر خدماتی دریافت کنید که تحت پوشش طرح ما نباشد، شما باید کل هزینه را شخصاً پرداخت کنید، مگر اینکه این خدمات توسط برنامه دیگری از Medi-Cal خارج از طرح ما پوشش داده شود.

اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما هزینه هرگونه خدمات یا مراقبتی را پرداخت می‌کنیم، شما حق دارید که از ما سؤال کنید. شما همچنین حق دارید به صورت کتبی این درخواست را بکنید. اگر ما اعلام کنیم که هزینه خدمات شما را پرداخت نمی‌کنیم، شما حق دارید به این تصمیم اعتراض کنید.

**فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما یک خدمات یا اقلام پزشکی را پوشش دهیم باید چه کاری انجام دهید. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر برای تصمیم پوشش ما را به شما می‌گوید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا درباره حقوق خود بیشتر بدانید.

ما هزینه برخی خدمات را تا حد مشخصی پرداخت می‌کنیم. اگر از آن حد تجاوز کنید، شما شخصاً هزینه کامل دریافت آن نوع خدمات را، پرداخت خواهید کرد. برای اطلاع درباره حدود مزایای خاص، به فصل 4 مراجعه کنید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا حدود مزایا و مقدار مزایای مصرفی خود را بدانید.

## J. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی

### J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی بالینی

پژوهش تحقیقاتی بالینی (آزمون بالینی نیز خوانده می‌شود) روشی است که پزشکان انواع جدید مراقبت درمانی یا دارو را آزمایش می‌کنند. یک پژوهش تحقیقاتی بالینی تایید شده توسط Medicare معمولاً از داوطلبین برای شرکت در پژوهش درخواست می‌کند. هنگامی که در یک مطالعه پژوهشی بالینی شرکت دارید، می‌توانید همچنان در طرح ما ثبت‌نام باقی بمانید و سایر مراقبت‌های خود (که به مطالعه مربوط نیست) را از طریق طرح ما دریافت کنید.

اگر می‌خواهید در یک پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، لزومی ندارد به ما اطلاع دهید یا از ما یا ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود اجازه بگیرید. ارائه‌دهندگانی که به‌عنوان بخشی از این مطالعه به شما خدمات ارائه می‌کنند، لازم نیست عضو شبکه ارائه‌کنندگان ما باشند. این موضوع در مورد مزایای تحت پوششی که مستلزم انجام یک کارآزمایی بالینی یا ثبت اطلاعات برای ارزیابی مزیت هستند، صدق نمی‌کند؛ از جمله مزایایی که نیاز به پوشش با پیشرفت شواهد مطالعه (NCDs-CED) و مطالعات معافیت دستگاه‌های تحقیقاتی (IDE) دارند. این مزایا ممکن است مشمول اخذ مجوز قبلی و سایر مقررات طرح نیز باشند.

اگر می‌خواهید در پژوهش بالینی حضور داشته باشید که تحت پوشش Original Medicare برای ثبت‌نام شدگان است، ما از شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌خواهیم که با مرکز مشتریان تماس بگیرد و به ما اطلاع دهد که شما قصد شرکت در یک آزمایش بالینی دارید.

### J2. پرداخت برای خدمات در هنگام شرکت در پژوهش بالینی

اگر شما در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی داوطلب شوید که Medicare تایید می‌کند، شما بابت خدمات تحت پوشش در مطالعه چیزی پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش در این مطالعه و هزینه‌های معمول مرتبط با مراقبت شما را، پرداخت می‌کند. هنگامی که به پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare می‌پیوندد، شما برای بیشتر خدمات و اقلامی که به عنوان بخشی از پژوهش دریافت می‌کنید، تحت پوشش هستید. شامل موارد زیر:

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- هزینه اقامت و خوراک در بیمارستان که حتی اگر در پژوهش شرکت نداشتید، Medicare پرداخت می‌کند.
  - جراحی یا سایر اقدامات پزشکی که بخشی از پژوهش باشند.
  - مداوای هرگونه اثرات جانبی و عوارض مراقبت جدید.
- اگر در مطالعه‌ای شرکت کنید که Medicare آن را تأیید نکرده باشد، شما باید تمام هزینه‌های مربوط به شرکت در آن مطالعه را پرداخت کنید.

### J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقات بالینی

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در پژوهش‌های بالینی، بخش "Medicare" و پژوهش بالینی" را در وبسایت Medicare مطالعه کنید ([www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](http://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)). همچنین می‌توانید با شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

## K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی، چگونه است

### K1. تعریف سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی

سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که مراقبتی را به شما ارائه می‌کند که معمولاً در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت می‌کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برخلاف باورهای مذهبی شماست، ما هزینه مراقبت در سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می‌دهیم.

این مزایا تنها به خدمات بیماران بستری Medicare بخش A مربوط می‌شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی).

### K2. دریافت مراقبت از یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت مراقبت از یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی، باید یک سند قانونی را امضا کنید که در آن اعلام شود با دریافت درمان پزشکی «غیرمستثنی» مخالف هستید.

- درمان پزشکی «غیرمستثنی» به هر نوع مراقبت یا درمانی گفته می‌شود که داوطلبانه بوده و هیچ الزام قانونی فدرال، ایالتی یا محلی برای انجام آن وجود ندارد.

- درمان پزشکی «مستثنی» به هر نوع مراقبت یا درمانی گفته می‌شود که داوطلبانه نبوده و طبق قوانین فدرال، ایالتی یا محلی انجام آن الزامی است.

برای اینکه تحت پوشش طرح بیمه ما باشید، مراقبتی که از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید باید شرایط زیر را برآورده کند:

- مرکزی که مراقبت را ارائه می‌کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
- طرح ما تنها جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت را پوشش می‌دهد.
- اگر خدماتی را از این مؤسسه در یک مرکز درمانی دریافت کنید:

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- شما باید مبتلا به یک عارضه پزشکی باشید که به شما امکان می‌دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
  - شما باید قبل از اینکه در این مرکز پذیرفته شوید، اجازه ما را دریافت کنید، در غیراین صورت اقامت شما پوشش داده نخواهد شد.
- محدودیتی در مورد تعداد روزهای تحت پوشش برای هر اقامت بیمارستانی وجود ندارد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به «جدول مزایا» در فصل 4، بخش D مراجعه کنید.

## L. تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME)

### L1. دریافت DME به عنوان عضو طرح بیمه درمانی ما

DME شامل برخی اقلام ضروری از نظر پزشکی است که توسط یک ارائه‌کننده سفارش داده می‌شود، مثل ویلچر، عصای زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم بیماری دیابت، تخت‌های بیمارستانی که یک ارائه‌کننده برای استفاده در منزل سفارش می‌دهد، پمپ تزریق وریدی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نبولایزر و واکر.

Medi-Cal استفاده از این وسایل در داخل و خارج از خانه را پوشش می‌دهد (برای مثال، دستگاه‌های کمک‌حرکتی که تحت Medi-Cal برای استفاده در جامعه، پوشش داده می‌شوند). Medicare، که پرداخت‌کننده اصلی برای افراد واجد شرایط پوشش دوگانه است، پوشش تجهیزات پزشکی بادوام (DME) را به تجهیزاتی که برای استفاده در خانه لازم هستند، محدود می‌کند. Medi-Cal برخی تجهیزات پزشکی بادوام مورد نیاز برای استفاده هم در خانه و هم در جامعه را پوشش می‌دهد. به عنوان عضو این DSNP، اعضا حق دارند از کل دامنه پوشش تجهیزات پزشکی بادوام طبق معیارهای Medicare و Medi-Cal بهره‌مند شوند.

برخی از تجهیزات پزشکی بادوام مانند پروتزها در مالکیت شما قرار می‌گیرد.

سایر انواع تجهیزات پزشکی بادوام را باید اجاره کنید. به عنوان عضو طرح ما، معمولاً مالک تجهیزات پزشکی بادوام اجاره‌ای نخواهید شد، حتی اگر مدت طولانی آن‌ها را اجاره کنید.

در برخی شرایط محدود، ما مالکیت اقلام تجهیزات پزشکی بادوام (DME) را به شما منتقل می‌کنیم. برای دریافت اطلاعات بیشتر، از طریق شماره تلفن‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

حتی اگر شما قبل از پیوستن به طرح بیمه ما، تحت Medicare، اقلام DME را برای مدت 12 ماه متوالی، در اختیار داشته باشید، شما مالک تجهیزات نخواهید بود.

### L2. مالکیت DME در مواقعی که شما به Original Medicare تغییر می‌دهید

در برنامه Original Medicare، اشخاصی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند بعد از 13 ماه صاحب آن می‌شوند. در طرح (MA) Medicare Advantage، طرح می‌تواند تعداد ماه‌هایی را تعیین کند که بعضی انواع DME قبل از مالکیت باید تحت اجاره باشند.

به عنوان عضو Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، تا زمانی که DME تحت پوشش از نظر پزشکی ضروری باشد و پزشک شما آن را تأیید کرده باشد، لازم نیست هزینه‌ای برای آن بپردازید. شما معمولاً صرف‌نظر از تعداد سهم‌های ثابتی که در دوران عضویت در طرح ما بابت اقلام اجاره‌ای DME می‌پردازید، مالک آن اقلام نخواهید شد؛ حتی اگر پیش از پیوستن به طرح



ما، تحت طرح Original Medicare تا 12 پرداخت متوالی برای آن وسیله DME، انجام داده باشید. در برخی شرایط خاص، مالکیت وسیله DME را به شما منتقل خواهیم کرد. برای دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

**توجه:** شما می‌توانید تعریف برنامه‌های Original Medicare و MA را در فصل 12 بیابید. همچنین شما می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره آنها در کتابچه «Medicare و شما 2026» بیابید. اگر نسخه‌ای از این دفترچه را در اختیار ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت Medicare به آدرس ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) یا از طریق تماس با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

برای مالکیت بر اقلام DME، اگر دیگر تحت پوشش Medi-Cal نیستید، باید 13 پرداخت متوالی تحت برنامه Original Medicare انجام دهید، یا باید تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین‌شده توسط طرح (MA) Medicare Advantage را انجام دهید، منوط بر اینکه:

- در زمانی که در طرح ما بوده‌اید، مالک اقلام DME نشده باشید، و
  - طرح بیمه ما را ترک کرده و مزایای Medicare خود را از هر طرح درمانی خارج از برنامه Original Medicare یا برنامه MA، دریافت کنید.
- اگر قبل از عضویت در طرح بیمه ما، مبالغی را برای اقلام DME تحت Original Medicare یا یک برنامه MA پرداخت کرده‌اید، آن مبالغ پرداختی به Original Medicare یا برنامه MA، جزو مبالغی که شما باید پس از ترک طرح بیمه پرداخت کنید، محسوب نمی‌شوند.
- شما باید 13 پرداخت جدید متوالی تحت Original Medicare یا تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین شده توسط برنامه MA را انجام دهید تا مالک DME شوید.
  - هیچ استثنایی در این مورد هنگامی که به Original Medicare یا یک برنامه MA برمی‌گردید، وجود ندارد.

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

اگر واجد شرایط دریافت تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare باشید، ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
  - تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن
  - لوله‌ها و لوازم مربوط به تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن
  - نگهداری و تعمیر تجهیزات اکسیژن
- زمانی که استفاده از تجهیزات اکسیژن دیگر از نظر پزشکی برای شما ضرورت نداشته باشد یا اگر شما طرح بیمه ما را ترک کنید، تجهیزات اکسیژن باید برگردانده شود.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

## L4. تجهیزات اکسیژن در مواقعی که شما به Original Medicare یا یک برنامه Medicare Advantage (MA) دیگر، تغییر برنامه می‌دهید

وقتی تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند، و شما طرح بیمه ما را ترک کنید و به Original Medicare بروید، شما آن را به مدت 36 ماه از یک ارائه‌کننده اجاره می‌کنید. اقساط اجاره ماهیانه شما، تجهیزات اکسیژن و وسایل و خدمات ذکر شده در بالا را پوشش می‌دهد. Medicare و Medi-Cal این پرداخت‌ها را در صورتی که همچنان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal باشید، پوشش می‌دهند.

اگر تجهیزات اکسیژن بعد از اجاره به مدت 36 ماه توسط شما، از نظر پزشکی ضروری باشد، ارائه‌کننده شما باید موارد زیر را تامین کند:

- تجهیزات و وسایل اکسیژن و خدمات به مدت 24 ماه دیگر
- «تجهیزات و لوازم اکسیژن برای مدت حداکثر پنج سال، در صورت ضرورت پزشکی»
- اگر در پایان دوره پنج‌ساله تجهیزات اکسیژن همچنان از نظر پزشکی ضروری باشد:
- ارائه‌کننده شما دیگر ملزم به تامین آن نیست و شما می‌توانید انتخاب کنید که تجهیزات جایگزین را از ارائه‌کننده دیگری بگیرید.
- یک دوره پنج‌ساله جدید آغاز می‌شود.
- شما برای مدت 36 ماه از یک ارائه‌کننده دیگر اجاره می‌کنید.
- سپس ارائه‌کننده شما، تجهیزات و وسایل اکسیژن و خدمات را به مدت 24 ماه دیگر تامین می‌کند.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر پنج سال یک دوره جدید آغاز می‌شود.
- وقتی تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند، و شما طرح بیمه ما را ترک کنید و به یک برنامه MA دیگر بروید، این برنامه حداقل همان چیزی را پوشش می‌دهد که Original Medicare پوشش می‌دهد. شما می‌توانید از برنامه MA جدید سوال کنید چه تجهیزات و وسایل اکسیژنی را پوشش می‌دهد و هزینه شما چقدر خواهد بود.



## فصل 4: جدول مزایا

### مقدمه

این فصل به شما درباره خدماتی که طرح بیمه ما پوشش می‌دهد و محدودیت یا حدود آن خدمات و مقدار پرداختی شما بابت هر یک از خدمات توضیح می‌دهد. همچنین درباره مزایایی می‌گوید که تحت پوشش طرح درمانی ما نیست. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفباء، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

**اعضای جدید Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan:** در بیشتر موارد، برای دریافت مزایای Medicare خود، در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ثبت‌نام خواهید شد. هنوز ممکن است شما بتوانید به مدت یک ماه دیگر، خدمات Medi-Cal خود را از طرح بیمه Medi-Cal قبلی خود دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر سؤالی دارید، لطفاً با ما به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.



## فهرست مطالب

|                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه پرداخت‌شده از جیب شما                                                     | 74  |
| B. مقررات علیه ارائه‌کنندگانی که از شما بابت خدمات هزینه دریافت می‌کنند                                 | 74  |
| C. درباره جدول مزایای طرح بیمه ما                                                                       | 74  |
| D. جدول مزایای طرح بیمه ما                                                                              | 80  |
| F. حمایت‌های جامعه محلی                                                                                 | 142 |
| G. مزایای تحت‌پوشش خارج از طرح بیمه درمانی ما                                                           | 143 |
| G1. برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)                            | 143 |
| G2. Medi-Cal Dental                                                                                     | 144 |
| G3. خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS)                                            | 145 |
| G4. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر منزل و جامعه (Home and Community Based Services, HCBS)             |     |
| 1915(c) معافیت زندگی با کمک (Assisted Living Waiver, ALW)                                               | 145 |
| G5. خدمات سلامت رفتاری کانتی که خارج از طرح بیمه ما ارائه می‌شوند (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد) | 148 |
| H. مزایایی که تحت پوشش طرح درمانی ما، Medicare یا Medi-Cal نیستند                                       | 151 |



## A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه پرداخت شده از جیب شما

این فصل اطلاعاتی را درباره خدماتی که طرح بیمه ما پوشش می‌دهد و مبلغ پرداختی شما بابت هر یک از خدمات، ارائه می‌دهد. همچنین می‌توانید درباره خدماتی که تحت پوشش نیستند، اطلاعات کسب کنید. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا موجود است. این فصل محدودیت‌های برخی از خدمات را نیز توضیح می‌دهد.

برای برخی خدمات، هزینه‌ای شخصی به نام سهم ثابت بیمه شده (copay) از شما دریافت می‌شود. این یک مبلغ ثابت است (برای مثال \$5) که شما هر بار که آن خدمات را دریافت می‌کنید، پرداخت خواهید کرد. شما سهم ثابت بیمه شده را در هنگام دریافت خدمات پزشکی پرداخت می‌کنید.

چون از Medi-Cal کمک دریافت می‌کنید، تا زمانی که مقررات طرح بیمه را رعایت می‌کنید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش خود پرداخت نمی‌کنید. برای جزئیات در مورد قوانین طرح بیمه ما، به **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

اگر برای اطلاع از اینکه چه خدماتی تحت پوشش هستند، به کمک نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و/یا خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

## B. مقررات علیه ارائه‌کنندگانی که از شما بابت خدمات هزینه دریافت می‌کنند

ما به ارائه‌کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که بابت خدمات تحت پوشش شبکه برای شما صورتحساب صادر کنند. ما هزینه ارائه‌کنندگان خود را مستقیماً پرداخت می‌کنیم و از شما در مقابل هرگونه مطالبه هزینه، محافظت می‌کنیم. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری پردازی که ارائه‌کننده برای خدمات مطالبه می‌کند نیز صادق است.

شما هرگز نباید بابت خدمات تحت پوشش از ارائه‌کننده صورتحساب دریافت کنید. اگر این اتفاق افتاد، به **فصل 7** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

## C. درباره جدول مزایای طرح بیمه ما

جدول مزایا، خدماتی را که طرح بیمه ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند و مبلغی را که برای هر خدمت از جیب خود می‌پردازید، به شما نشان می‌دهد. (پوشش دارویی در **فصل 5** آمده است.) خدمات تحت پوشش به ترتیب حروف الفبا در این جدول فهرست و توضیح داده شده است.

ما تنها زمانی هزینه خدمات ذکر شده در جدول مزایا را پرداخت می‌کنیم که شرایط زیر برآورده شده باشند. برای خدماتی که در «جدول مزایا» فهرست شده‌اند، هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد، مشروط بر این‌که شرایط ذکر شده در ادامه را رعایت کنید.

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را بر اساس مقررات وضع‌شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌کنیم.

- این خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و اعتیاد، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، وسایل و داروها است که باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. ضرورت پزشکی، خدمات، لوازم یا داروهایی را توضیح می‌دهد که برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی به آنها نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری جلوگیری می‌کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده پزشکی را برآورده می‌کنند. یک

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



خدمت، زمانی ضرورت پزشکی دارد که برای محافظت از جان، جلوگیری از بیماری شدید یا معلولیت شدید یا کاهش درد شدید، توجیه و ضرورت داشته باشد.

- برای اعضای جدید، در 90 روز نخست ممکن است نیازی به دریافت تأییدیه قبلی برای هر دوره درمان فعال نداشته باشید، حتی اگر این دوره درمانی برای خدمتی باشد که با یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه آغاز شده است.
- شما می‌توانید از یک ارائه‌کننده شبکه، مراقبت دریافت کنید. یک ارائه‌کننده شبکه، ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. در بیشتر موارد، مراقبتی که از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد، مگر اینکه آن مراقبت، اورژانسی یا با نیاز فوری باشد، یا اینکه طرح بیمه ما یا یک ارائه‌کننده داخل شبکه‌تان، شما را به آن ارائه‌کننده ارجاع داده باشد. این بدان معناست که ممکن است لازم باشد هزینه خدمات خارج از شبکه را به طور کامل به ارائه‌دهنده خدمات پرداخت کنید. **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی اعضا اطلاعات بیشتری درباره استفاده از ارائه‌دهندگان داخل و خارج از شبکه دارد.
- شما یک پزشک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) یا یک تیم درمانی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، پزشک مراقبت اولیه شما باید پیش از این‌که بتوانید از یک ارائه‌دهنده‌ای که PCP شما نیست استفاده کنید یا به سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما مراجعه کنید، به شما تأییدیه بدهد. این کار، ارجاع یا معرفی نام دارد. **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی اعضا اطلاعات بیشتری درباره دریافت معرفی‌نامه و مواردی که نیاز به آن ندارید، ارائه می‌دهد.
- ما برخی از خدماتی که در «جدول مزایا» ذکر شده‌اند را تنها زمانی پوشش می‌دهیم که پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان شبکه، ابتدا از ما اجازه بگیرد. این کار اجازه قبلی (PA) نام دارد. ما خدمات تحت پوشش در «جدول مزایا» که نیاز به PA دارند را به صورت ایتالیک علامت گذاشتیم.
- اگر طرح بیمه ما درخواست مجوز قبلی (PA) را برای یک دوره درمان تأیید کند، این تأییدیه باید تا زمانی که از نظر پزشکی معقول و ضروری است اعتبار داشته باشد تا بر اساس معیارهای پوشش، سابقه پزشکی شما و توصیه‌های ارائه‌کننده درمان، از ایجاد وقفه در مراقبت جلوگیری شود.
- مانند همه طرح‌های درمانی Medicare، ما تمام مواردی را که Original Medicare پوشش می‌دهد، پوشش می‌دهیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش و هزینه‌های Original Medicare، به کتابچه «Medicare و شما 2027» مراجعه کنید. این کتابچه را به صورت آنلاین در نشانی [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) مشاهده کرده یا با تماس با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE درخواست دریافت یک نسخه از آن را کنید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.)
- اگر Medicare در طول سال 2027 پوشش هرگونه خدمات جدیدی را اضافه کند، یا Medicare یا طرح بیمه ما آن خدمات را پوشش خواهد داد.
- اگر در دوره 6 ماهه‌ای که واجد شرایط بودن شما ادامه‌یافته تلقی می‌شود، پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، ما همچنان همه مزایای Medicare تحت پوشش برنامه Medicare Advantage را ارائه خواهیم کرد. با این حال، ممکن است پوشش Medi-Cal شما زودتر از پوشش Medicare شما نزد ما پایان یابد. هنگامی که پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نمی‌کنیم. این همچنین به آن معنی است که هزینه‌های پرداختی از جیب شما، مانند سهم ثابت بیمه‌شده، حق بیمه‌ها و فرانشیزها، در ماه‌هایی که پوشش



Medi-Cal را از دست داده‌اید، بیشتر خواهند بود. برای کسب اطلاعات بیشتر و دریافت کمک برای تمدید واجد شرایط بودن Medi-Cal، با Blue Shield Duals Retention Team به شماره (844) 378-4181 (TTY: 711)، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m.، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.

- ما به شما کمک خواهیم کرد تا واجد شرایط بودن برای Medi-Cal را دوباره به دست بیاورید. اگر در حالی که هنوز برای پوشش Medicare خود نزد ما ثبت‌نام هستید، واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal دوباره برقرار شود، ما پرداخت هزینه مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما نزد ما ادامه خواهد یافت. اگر پس از لغو ثبت‌نام شما از پوشش Medicare ما، دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، برای ثبت‌نام مجدد در طرح بیمه باید با ما تماس بگیرید.

#### اطلاعات مهم درباره مزایا برای اعضای دارای برخی بیماری‌های مزمن.

اگر هر یک از بیماری‌های مزمن فهرست‌شده در زیر را دارید و معیارهای پزشکی خاصی را برآورده می‌کنید، ممکن است واجد شرایط مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» باشید. مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی»، بخشی از «مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» (SSBCI) است. همه اعضای برنامه واجد شرایط نخواهند بود. واجد شرایط بودن به داشتن تعریف «عضو مبتلا به بیماری مزمن» و داشتن حداقل یکی از بیماری‌های مزمن واجد شرایط طرح بیمه که در زیر ذکر شده، بستگی دارد:

- اختلال مصرف مزمن الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs)
- اختلالات خودایمنی:
  - پلی‌آرتریت نودوزا
  - پلی‌میالژی روماتیسمی
  - پلی‌میوزیت
  - درماتومیوزیت
  - آرترروز مفاصل
  - لوپوس اریتماتوز سیستمیک
  - آرترروز پسوریازیس
  - اسکروودرما
- سرطان
- اختلالات قلب و عروق:
  - آریتمی قلبی
  - بیماری عروق کرونر
  - بیماری عروق محیطی
  - بیماری دریچه‌ای قلب
- نارسایی قلبی مزمن
- زوال عقل

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- دیابت شیرین
- اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک
- بیماری مزمن دستگاه گوارش:
  - بیماری مزمن کبد
  - بیماری کبد چرب غیرالکلی (NAFLD)
  - هپاتیت B
  - هپاتیت C
  - التهاب پانکراس
  - سندرم روده تحریک پذیر
  - بیماری التهابی روده
- بیماری مزمن کلیه (CKD):
  - بیماری مزمن کلیه (CKD) نیازمند دیالیز / بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD)
  - CKD بدون نیاز به دیالیز
- اختلالات هماتولوژیک شدید:
  - کمخونی آپلاستیک
  - هموفیلی
  - پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی
  - سندرم میلودیسپلاستیک
  - بیماری کمخونی داسی شکل (به استثنای افراد دارای صفت سلول داسی)
  - اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن
- HIV/ایدز
- اختلالات ریوی مزمن:
  - آسم، برونشیت مزمن
  - فیبروز کیستی
  - آمفیزم
  - فیبروز ریوی
  - پرفشاری خون ریوی
  - بیماری انسداد مزمن ریه (COPD)
- بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان:
  - اختلالات دوقطبی
  - اختلال افسردگی ماژور



- اختلال بدبینی مفرط (پارانویا)
- اسکیزوفرنی
- اختلال اسکیزوافکتیو
- اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
- اختلالات غذا خوردن
- اختلالات اضطرابی
- اختلالات عصبی:
  - اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)
  - صرع
  - فلج گسترده (از جمله همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)
  - بیماری هانتینگتون
  - فلج چندگانه
  - بیماری پارکینسون
  - پلی نوروپاتی
  - فیبرومیالژیا
  - سندرم خستگی مزمن
  - آسیب‌های طناب نخاعی
  - تنگی کانال نخاعی
  - نارسایی نورولوژی مرتبط با سکته
- سکته
- مراقبت پس از پیوند عضو
- اختلالات نقص ایمنی و سرکوب کننده سیستم ایمنی
- بیماری‌های مرتبط با اختلال شناختی:
  - بیماری آلزایمر
  - ناتوانی‌های ذهنی و ناتوانی‌های رشدی
  - آسیب‌های ناشی از ضربه مغزی
  - بیماری روانی ناتوان‌کننده همراه با اختلال شناختی
  - اختلال شناختی خفیف
- شرایط مرتبط با چالش‌های عملکردی و نیاز به خدمات مشابه از جمله موارد زیر:
  - آسیب‌های طناب نخاعی
  - فلج

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- قطع عضو
  - سکنه
  - آرتروز
  - بیماری‌های مزمنی که منجر به اختلال بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی می‌شوند
  - شرایطی که نیازمند ادامه خدمات درمانی هستند تا فرد بتواند عملکرد طبیعی خود را حفظ یا بازیابی کند
  - این طرح بیمه برای تعیین اینکه آیا واجد شرایط مزایای مواد غذایی و محصولات کشاورزی هستید، از اطلاعات پزشک شما استفاده می‌کند یا از پزشکتان می‌خواهد تأییدیه‌ای امضا شده درباره بیماری یا بیماری‌های مزمن واجد شرایط شما ارائه دهد.
  - پس از اینکه واجد شرایط شناخته شدید، به کتابچه «راهنمای اعضا» که همراه با Flex Card از طریق پست دریافت کرده‌اید، مراجعه کنید. Flex Card یک کارت پرداخت است که مبالغ کمک‌هزینه واجد شرایط، از پیش روی آن بارگذاری شده‌اند تا به پرداخت مزایای تحت پوشش کمک کنند. کتابچه «راهنمای اعضای» شما در مورد مبالغ کمک‌هزینه موجود را که از پیش روی Flex Card شما بارگذاری شده‌اند، توضیح می‌دهد و همچنین مشخص می‌کند برای جزئیات بیشتر درباره مزایای تحت پوشش و نحوه مدیریت حساب خود به کجا مراجعه کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مزایا، با شماره [TTY: 711] 1-877-429-3245، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت پسیفیک (PT)، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت [bscaflexbenefits.com](https://bscaflexbenefits.com) مراجعه کنید.
  - برای جزئیات بیشتر، به ردیف «مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن» در جدول مزایای زیر مراجعه کنید.
  - با ما تماس بگیرید تا دقیقاً مشخص شود ممکن است واجد شرایط کدام مزایا باشید.
- همه خدمات پیشگیری از بیماری رایگان هستند. این سیب 🍏 «خدمات پیشگیری از بیماری را در جدول مزایا نشان می‌دهد.

## D. جدول مزایای طرح بیمه ما

| خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | مبلغی که شما باید بپردازید |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <p><b>آزمایشات تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات ضروری از نظر پزشکی که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• عکسبرداری با اشعه ایکس</li> <li>• پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی</li> <li>• لوازم جراحی از قبیل پانسمان</li> <li>• آتل، گچ و سایر وسائل استفاده شده برای شکستگی‌ها و در رفتگی‌ها</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی</li> <li>• خون، شامل ذخیره سازی و تزریق</li> <li>• آزمایش‌های تشخیصی غیرآزمایشگاهی مانند سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، نوار قلب (EKG) و اسکن PET زمانی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی برای درمان یک وضعیت پزشکی آن‌ها را تجویز کنند.</li> <li>• سایر آزمایشات تشخیصی بیماران سرپایی</li> </ul> <p>ممکن است مجوز قبلی و/یا ارجاع لازم باشد و مسئولیت دریافت آن بر عهده ارائه‌کننده شما است.</p> | \$0                        |
| <p><b>آزمایشات غربالگری بیماری قلب و عروق (بیماری قلبی)</b></p> <p>ما هزینه آزمایشات خون برای کنترل بیماری قلب و عروق را هر پنج سال یکبار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسائی‌های مربوط به افزایش خطر بیماری قلبی را نیز بررسی می‌کنند.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0                        |
| <p><b>اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در مدت اقامت بستری فاقد پوشش</b></p> <p>اگر تمام مزایای بستری خود را استفاده کرده باشید یا اگر بستری شما منطقی و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه بستری شما را پرداخت نمی‌کنیم.</p> <p>البته، در بعضی موقعیت‌ها وقتی مراقبت بستری تحت پوشش نیست، ممکن است ما بابت خدمات دریافتی شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری هزینه پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                        |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در مدت اقامت بستری فاقد پوشش (ادامه)</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده‌اند، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پزشکی</li> <li>• آزمایشات تشخیصی، از قبیل تست‌های آزمایشگاهی</li> <li>• درمان با اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد، خدمات و تکنسین</li> <li>• پانسمان جراحی</li> <li>• آتل، گچ و سایر وسائل استفاده شده برای شکستگی‌ها و در رفتگی‌ها</li> <li>• وسائل پروتز و ارتوتیک به غیر از دندانپزشکی شامل جایگزینی یا تعمیر چنین وسائلی. اینها وسائلی هستند که تمام یا بخشی از موارد زیر را جایگزین می‌کنند: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ یک عضو داخلی بدن (شامل بافت‌های مجاور)، یا</li> <li>○ عملکرد یک عضو داخلی بدن که از کار افتاده یا دچار اختلال عملکرد شده است.</li> </ul> </li> <li>• ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، و پا، بازو و چشم مصنوعی. این خدمات شامل تنظیم، تعمیر و تعویض ضروری به واسطه شکستگی، فرسودگی، از بین رفتن یا تغییر در وضعیت شما می‌شود.</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> </ul> <p><i>اجازه قبلی و/یا نامه ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</i></p> |
| \$0                        | <p><b>اقلام بدون نسخه (OTC)*</b></p> <p>مزایا شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما در هر سه‌ماهه مجموعاً \$240 کمک‌هزینه برای خرید اقلام واجد شرایط بدون نسخه (OTC) و مواد غذایی و محصولات کشاورزی (در صورت داشتن شرایط لازم) در اختیار دارید.</li> <li>• این مزایا اقلام OTC مورد استفاده برای سلامت، مانند aspirin، ویتامین‌ها، داروهای سرماخوردگی و سرفه و بانداژها را پوشش می‌دهد.</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>اقلام بدون نسخه (OTC) * (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>این مزایا اقلام OTC را که برای مقاصد غیرمرتبط با سلامت استفاده می‌شوند، پوشش نمی‌دهد.</li> <li>می‌توانید اقلام OTC واجد شرایط را از طریق کاتالوگ اقلام OTC یا از فروشگاه‌های خرده‌فروشی مشارکت‌کننده خریداری کنید.</li> <li>این کمک‌هزینه را نمی‌توان با کمک‌هزینه سالانه \$1,500 شما برای خدمات شنوایی که تحت پوشش Medicare نیستند، ترکیب کرد.</li> <li>این مزایا از اولین روز هر سه‌ماهه (1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر) قابل استفاده است و مبلغ مجاز استفاده‌نشده را نمی‌توان از یک سه‌ماهه به سه‌ماهه بعد منتقل کرد.</li> <li>پس از استفاده کامل از مبلغ مجاز سه‌ماهه خود، تا آغاز سه‌ماهه بعدی، شما مسئول پرداخت تمام هزینه‌های خریدهای خود خواهید بود.</li> </ul> <p>شما همراه با کارت Flex Card خود، یک کتابچه «راهنمای اعضا» از طریق پست دریافت خواهید کرد. Flex Card یک کارت پرداخت است که مبلغ کمک‌هزینه واجد شرایط، از پیش روی آن بارگذاری شده‌اند تا به پرداخت مزایای تحت پوشش کمک کنند. کتابچه «راهنمای اعضا» شما کمک هزینه‌های قابل دسترسی که از قبل در Flex Card شما واریز شده‌اند را، توضیح می‌دهد و همچنین مشخص می‌کند برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای تحت پوشش خود و نحوه مدیریت حسابتان به کجا مراجعه کنید.</p> <p>می‌توانید اقلام OTC واجد شرایط را به روش‌های زیر خریداری کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از کاتالوگ اقلام OTC – <ul style="list-style-type: none"> <li>تلفنی – با شماره [TTY: 711] 1-877-429-3245،</li> <li>از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت پسیفیک (PT)، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.</li> <li>آنلاین – به وبسایت <a href="https://bscaflexbenefits.com">bscaflexbenefits.com</a> مراجعه کنید.</li> <li>از طریق برنامه تلفن همراه – در فروشگاه برنامه خود عبارت «myTotal Benefits» را جستجو و برنامه را دانلود کنید.</li> </ul> </li> </ul> <p>برای مشاهده فهرست اقلام OTC واجد شرایط، دستورالعمل‌های سفارش و محدودیت‌ها، به کاتالوگ اقلام OTC مراجعه کنید. برای سفارش از کاتالوگ به Flex Card خود نیازی ندارید، زیرا موجودی از قبل در حساب شما بارگذاری شده است. سفارش‌ها بدون هزینه برای شما پست می‌شوند. لطفاً برای تحویل، 5 تا 7 روز کاری صبر کنید. اگر از صندوق پستی به‌عنوان نشانی ارسال استفاده می‌کنید، لطفاً برای تحویل حدود 7 تا 10 روز کاری زمان در نظر بگیرید.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>اقدام بدون نسخه (OTC) * (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• به صورت حضوری – Flex Card خود را همراه داشته باشید و به یکی از فروشگاه‌های خرده‌فروشی مشارکت‌کننده مراجعه کنید.</li> </ul> <p>برای یافتن فروشگاه‌های خرده‌فروشی مشارکت‌کننده، به حساب آنلاین خود یا برنامه همراه وارد شوید و در قسمت «Find Stores» جستجو کنید. هنگام خرید در فروشگاه، اگر می‌خواهید پیش از پرداخت بررسی کنید که آیا یک قلم OTC تأیید شده است، بارکد محصول را در برنامه همراه اسکن کنید تا بلافاصله واجد شرایط بودن آن را بررسی کنید. در غیر این صورت، هنگام اسکن محصول در صندوق، واجد شرایط بودن آن به‌طور خودکار تعیین می‌شود.</p> <p>اگر سؤالی دارید، با شماره [TTY: 711] 1-877-429-3245، از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت پسیفیک (PT)، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.</p> <p>* خدمات در محاسبه حداکثر سقف پرداخت از جیب این طرح بیمه لحاظ نمی‌شوند.</p>                                                                                                                                                                            |
| \$0                        | <p><b>آموزش، خدمات و لوازم برای خود-مدیریتی دیابت</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را برای همه اشخاص مبتلا به دیابت پرداخت می‌کنیم (صرفنظر از آنکه از انسولین استفاده کنند یا نکنند):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لوازم کنترل و نظارت بر قند خون شامل موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ دستگاه کنترل و نظارت بر قند خون</li> <li>○ نوارهای آزمایش قند خون</li> <li>○ قلم سوزن زن (لنست) و سوزن‌های آن</li> <li>○ محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل قند</li> </ul> </li> <li>• برای اشخاص مبتلا به دیابت که به بیماری شدید پای دیابتی مبتلا هستند، هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنیم: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ یک جفت کفش سفارشی طبی (همراه با کفی کفش)، شامل تنظیم سایز و دو جفت کفی کفش اضافی در هر سال تقویمی، یا</li> <li>○ یک جفت کفش عمق‌دار، شامل تنظیم سایز و سه جفت کفی کفش در سال (شامل کفی‌های غیرسفارشی قابل برداشتن که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند، نیست)</li> </ul> </li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>آموزش، خدمات و لوازم برای خود-مدیریتی دیابت (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>در بعضی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک به کنترل بیماری قند شما را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.</li> </ul> <p>تولیدکننده ترجیحی برای نوارهای آزمایش و دستگاه کنترل قند خون، Abbott است. دستگاه‌های کنترل قند خون و نوارهای آزمایش FreeStyle® (تولید شده توسط Abbott) نیاز به دریافت تاییدیه قبلی (که گاهی «مجوز قبلی» هم نامیده می‌شود) توسط پزشک شما، از این طرح بیمه ندارند. نوارهای آزمایش قند و دستگاه‌های کنترل قند خون سایر تولیدکنندگان نیاز به دریافت تاییدیه قبلی (که گاهی «مجوز قبلی» هم نامیده می‌شود) توسط پزشک شما از این طرح بیمه دارند. مانیتورهای مداوم قند خون و لوازم مربوطه (برای مثال حسگرها/گیرنده‌ها) به مجوز قبلی نیاز دارند.</p> <p>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</p> |
| \$0                        | <p><b>اندازه گیری توده استخوان</b></p> <p>ما هزینه روال‌های خاص را برای اعضای واجد شرایط پرداخت می‌کنیم (معمولاً شخصی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا خطر پوکی استخوان باشد). این روال‌های تشخیصی، توده استخوان را شناسایی کرده، از دست رفتن استخوان را پیدا کرده یا کیفیت استخوان را مشخص می‌کند.</p> <p>ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یکبار یا اگر ضرورت پزشکی داشته باشد به دفعات بیشتر، پرداخت می‌کنیم. ما هزینه پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز پرداخت می‌کنیم.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| \$0                        | <p><b>برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>طرح ما هزینه خدمات MDPP را برای افراد واجد شرایط پرداخت می‌کند. MDPP با هدف کمک به شما در افزایش رفتار سالم طراحی شده است. این برنامه، آموزش عملی در موارد زیر ارائه می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تغییر رژیم بلندمدت، و</li> <li>افزایش فعالیت فیزیکی، و</li> <li>روش‌های حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>\$0</p>                 | <div data-bbox="1344 279 1385 325"></div> <p><b>برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی*</b></p> <p>ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض سلامت خاصی تمرکز دارند. شامل موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کلاس‌های آموزش سلامت؛</li> <li>• کلاس‌های آموزش تغذیه؛</li> <li>• ترک سیگار و تنباکو؛ و</li> <li>• خط تلفن ویژه پرستاری</li> </ul> <p>برنامه‌هایی برای کمک به شما در حفظ سلامت. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مطالب آموزش سلامت به صورت نوشتاری، از جمله خبرنامه</li> <li>• برنامه‌های آموزشی</li> </ul> <p>برنامه‌های آموزشی که بر روی بیماری‌ها تمرکز دارند، از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فشار خون بالا</li> <li>• کلسترول</li> <li>• آسم</li> <li>• رژیم ویژه</li> </ul> <p>برنامه‌های آموزشی که با هدف تقویت سلامت و سبک زندگی شما طراحی شده‌اند، شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مدیریت وزن</li> <li>• تناسب اندام</li> <li>• مدیریت استرس</li> </ul> <p><b>NurseHelp 24/7</b></p> <p>گفتگوی محرمانه تک-به-تک با پرستار رسمی، 24 ساعت در روز به صورت آنلاین. وقتی نگرانی پزشکی دارید، یک تماس با خط ویژه رایگان ما، شما را به یک پرستار رسمی وصل می‌کند که به نگرانی‌های شما گوش داده و به شما در رسیدن به یک راهکار کمک می‌کند.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |
| <p>\$0</p>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <div data-bbox="1344 279 1385 323"></div> <p data-bbox="820 279 1268 317">برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی* (ادامه)</p> <p data-bbox="587 344 1268 417">در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-877-304-0504 (TTY: 711) تماس بگیرید.</p> <p data-bbox="1057 447 1268 478"><b>SilverSneakers</b></p> <p data-bbox="529 499 1268 573">شما مشمول مزایای تناسب اندام از طریق SilverSneakers هستید که شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul data-bbox="548 611 1268 1129" style="list-style-type: none"> <li>• یک شبکه سراسری از باشگاه‌ها و مکان‌های اجتماعی شرکت‌کننده که دارای کلاس‌های گروهی تناسب اندام و امکانات در مکان‌های منتخب هستند – می‌توانید در هر تعداد مکان که مایلید ثبت‌نام کنید.</li> <li>• کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی آنلاین به صورت زنده از طریق SilverSneakers LIVE™، در 7 روز هفته، صبح، بعدازظهر و عصر.</li> <li>• تمرینات آنلاین درخواستی، ویدئوهای برنامه‌های سلامت و تندرستی از طریق SilverSneakers On-Demand™، به‌صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته.</li> <li>• دسترسی به برنامه‌های تناسب اندام، ردیابی فعالیت‌ها و شناسه عضویت از طریق اپلیکیشن موبایلی SilverSneakers GO™، به‌صورت 24 ساعته و 7 روز هفته.</li> <li>• ارتباط اجتماعی و پشتیبانی از سلامت و تندرستی به‌صورت حضوری و مجازی از طریق SilverSneakers Community</li> </ul> <p data-bbox="537 1167 1268 1314">برای شروع استفاده از این مزایا، شناسه SilverSneakers، مکان‌های تناسب اندام و کلاس‌ها را در <a href="http://silversneakers.com">silversneakers.com</a> پیدا کنید. اگر درباره مزایای خود سؤالات بیشتری دارید، با شماره 1-888-423-4632 [TTY: 711]، از دوشنبه تا جمعه، از 5 a.m. تا 5 p.m. به وقت پسیفیک (PT) تماس بگیرید.</p> <p data-bbox="537 1352 1268 1499">وقتی به مکان تناسب اندام شرکت‌کننده موردنظر خود می‌روید، کارکنان با استفاده از شناسه SilverSneakers شما، ثبت‌نامتان را در سیستم انجام خواهند داد. همچنین می‌توانید درخواست بازدید از مکان را داشته باشید تا همه امکانات و محل کلاس‌ها را مشاهده کنید.</p> <p data-bbox="529 1537 1268 1652">کیفیت‌های تناسب اندام در منزل به اعضای ارائه می‌شود که می‌خواهند ورزش کردن را در منزل شروع کنند یا به دلیل آسیب‌دیدگی، بیماری یا خانه‌نشین بودن نمی‌توانند به یکی از مراکز تناسب اندام مشارکت‌کننده مراجعه کنند.</p> <p data-bbox="524 1690 854 1722"><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                                                                                                               | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                          | <p><b>برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی* (ادامه)</b></p> <p>اعضا می‌توانند هر سال یک کیت انتخاب کنند و هر کیت شامل یک راهنمای شروع سریع است. کیت‌های تناسب اندام موجود شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Walking (پیاده‌روی) – شامل گام‌شمار است.</li> <li>• Toning (فرم‌دهی بدن) – شامل توپ ورزشی است.</li> <li>• Strength (تقویت عضلات) – شامل نوار کششی است.</li> <li>• Yoga (یوگا) – شامل بند یوگا است.</li> </ul> <p><b>همیشه قبل از شروع برنامه تمرینی با پزشک خود صحبت کنید.</b></p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>\$0</b></p> <p>شما باید بعد از اینکه وضعیت اورژانسی شما تثبیت شد، اجازه طرح بیمه ما را برای دریافت مراقبت بیماران بستری در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید.</p> | <p><b>بستری در بیمارستان</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات ضروری از نظر پزشکی که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی)</li> <li>• خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص</li> <li>• خدمات پرستاری عادی</li> <li>• هزینه بخش‌های مراقبت تخصصی از قبیل بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش‌های مراقبت از قلب</li> <li>• داروها</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی</li> <li>• تصویربرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی</li> <li>• لوازم جراحی و پزشکی ضروری</li> <li>• وسایلی از قبیل صندلی چرخدار</li> <li>• خدمات اتاق جراحی و ریکاوری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• خدمات بستری برای سوء مصرف مواد</li> <li>• در برخی موارد، انواع پیوند اندام زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چند اندام شکمی.</li> </ul> <p><b>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</b></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>بستری در بیمارستان (ادامه)</b></p> <p>اگر به پیوند اندام نیاز دارید، یک مرکز پیوند اندام تأیید شده Medicare پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیرد که آیا برای پیوند اندام کاندید هستید یا نه. ارائه‌کنندگان پیوند اندام ممکن است محلی یا در خارج منطقه خدماتی باشند. اگر ارائه‌کنندگان پیوند اندام محلی حاضر باشند که نرخ Medicare را قبول کنند، آنوقت شما می‌توانید خدمات پیوند اندام خود را به صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبت مجموعه خود دریافت کنید. اگر طرح بیمه ما خدمات پیوند اندام را در خارج از الگوی مراقبت مجموعه ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند اندام خود را در آنجا دریافت کنید، ما ترتیبات اقامت و هزینه مسافرت شما و یک فرد دیگر را می‌دهیم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خون، شامل ذخیره سازی و تزریق آن. پوشش خون کامل و گلبول‌های قرمز مترکم فقط از چهارمین واحد خون مورد نیاز شما آغاز می‌شود. شما باید هزینه سه واحد اول خونی را که در هر سال تقویمی دریافت می‌کنید بپردازید، یا این مقدار خون توسط خودتان یا شخص دیگری اهدا شود. پوشش تمام اجزای دیگر خون از اولین واحد آغاز می‌شود.</li> <li>• خدمات پزشکی</li> </ul> <p><b>توجه:</b> برای بستری شدن، ارائه‌کننده شما باید یک دستور برای پذیرش رسمی شما به عنوان بستری در بیمارستان بنویسد. حتی اگر، شب در بیمارستان بمانید، ممکن است هنوز بیمار «سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که آیا در وضعیت بستری هستید یا سرپایی، از کارکنان بیمارستان سوال کنید.</p> <p>اطلاعات بیشتر را از برگه اطلاعات Medicare با عنوان <i>مزایای بیمارستانی Medicare</i> که در <a href="https://www.medicare.gov/publications/Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> دریافت کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> |
| \$0                        | <p><b>پیشگیری پیش از مواجهه (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) برای پیشگیری از HIV</b></p> <p>اگر HIV ندارید، اما پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی تشخیص دهند که شما در معرض خطر بالای ابتلا به HIV هستید، ما دارو و خدمات مرتبط با پیشگیری پیش از مواجهه (PrEP) را پوشش می‌دهیم.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>پیشگیری پیش از مواجهه (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) برای پیشگیری از HIV (ادامه)</b></p> <p>اگر واجد شرایط باشید، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروی خوراکی یا تزریقی PrEP مورد تأیید FDA، از جمله هزینه تزریق دارو، در صورت لزوم.</li> <li>• حداکثر هشت جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پایبندی به مصرف دارو) در هر 12 ماه.</li> <li>• حداکثر هشت نوبت غربالگری HIV در هر 12 ماه.</li> <li>• یکبار غربالگری ویروس هپاتیت B.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| \$0                        | <p><b>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه</b></p> <p>برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)» به فصل 12 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.</p> <p>اقلام زیر را تحت پوشش قرار می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• صندلی چرخدار، شامل صندلی چرخدار برقی</li> <li>• عصای زیر بغل</li> <li>• سیستم‌های تشک برقی</li> <li>• پد فشار خشک ویژه تشک</li> <li>• لوازم بیماری دیابت</li> <li>• تخت‌های بیمارستانی که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در منزل سفارش داده شده‌اند</li> <li>• پمپ تزریق وریدی (IV) و پایه سرم</li> <li>• دستگاه‌های تولید گفتار</li> <li>• تجهیزات و وسایل اکسیژن</li> <li>• نبولایزر (افشانه پراکن)</li> <li>• واکر</li> <li>• عصای استاندارد یا عصای چهارپایه و لوازم یدکی آن</li> <li>• وسیله کشش گردن (آویز به در)</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |



| مبلغی که شما باید بپردازید                                 | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | <p><b>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• محرک استخوان</li> <li>• تجهیزات مراقبت دیالیز</li> </ul> <p>سایر اقلام ممکن است تحت پوشش باشند.</p> <p>ما هزینه تمام DME های دارای ضرورت پزشکی که معمولاً Medicare و Medi-Cal بابت آنها هزینه پرداخت می‌کنند را، می‌پردازیم. اگر ارائه‌کننده ما در منطقه شما یک برند یا تولیدکننده خاص را نداشته باشد، ما از آنها سوال خواهیم کرد که آیا می‌توانند آن را به صورت ویژه برای شما سفارش دهند.</p> <p><i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i></p> |
| <p>\$0 برای هر نوبت خدمات تحت پوشش تحویل غذای در منزل.</p> | <p><b>تحویل غذا در منزل*</b></p> <p>بعد از ترخیص از بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی، ما این موارد را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 وعده غذایی و 10 میان وعده به ازای هر ترخیص</li> <li>• وعده‌های غذایی و تنقلات در صورت نیاز حداکثر در دو نوبت جداگانه تحویل داده خواهند شد.</li> <li>• پوشش محدود به دو ترخیص در سال است</li> </ul> <p>برای اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید (شماره‌های تلفن در پشت جلد این سند درج شده است).</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>            |
| <p>\$0</p>                                                 | <p><b>ترک مصرف سیگار و تنباکو</b></p> <p>مشاوره برای ترک سیگار و مصرف دخانیات برای افرادی که معیارهای زیر را داشته باشند، به صورت سرپایی و در زمان بستری بودن تحت پوشش قرار می‌گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• صرف‌نظر از اینکه علائم یا نشانه‌های بیماری مرتبط با دخانیات را دارند یا نه، دخانیات مصرف می‌کنند</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                            |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                             | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | <p><b>ترک مصرف سیگار و تنباکو (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در طول مشاوره هشیار و آگاه باشند</li> <li>• مشاوره توسط یک پزشک واجد شرایط یا سایر متخصصان مورد تأیید Medicare ارائه شود</li> </ul> <p>ما دو نوبت تلاش برای ترک در سال را پوشش می‌دهیم (هر نوبت می‌تواند شامل حداکثر چهار جلسه مشاوره متوسط یا فشرده باشد و در مجموع حداکثر هشت جلسه در سال پوشش داده می‌شود).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>\$0 بابت هر ویزیت به یک مرکز جراحی سیار یا مرکز بیماران سرپایی.</p> | <p><b>جراحی سرپایی</b></p> <p>ما هزینه جراحی و خدمات بیماران سرپایی را در مراکز بیماران سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی پرداخت می‌کنیم.</p> <p><b>توجه:</b> اگر قصد انجام عمل جراحی در یک مرکز بیمارستانی دارید، باید با ارائه‌دهنده خود بررسی کنید که آیا به‌عنوان بیمار بستری یا بیمار سرپایی پذیرش خواهید شد. جز در مواردی که ارائه‌دهنده دستور پذیرش شما را به‌عنوان بیمار بستری صادر کند، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر، شب در بیمارستان بمانید، ممکن است هنوز «بیمار سرپایی» محسوب شوید.</p> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</i></p>                                                                                             |
| <p>\$0</p>                                                             | <p><b>حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری</b></p> <p>این مزایا امکان حمل‌ونقل پزشکی برای دریافت خدمات تحت پوشش طرح بیمه ما و Medicare را فراهم می‌کند. این خدمات می‌تواند شامل موارد زیر باشد: خدمات حمل‌ونقل پزشکی با آمبولانس، ون برانکارد بر، ون ویلچر بر، و هماهنگی با خدمات حمل‌ونقل ویژه افراد دارای معلولیت (paratransit).</p> <p>شما برای حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری و حمل‌ونقل غیر پزشکی، در مجموع تا سقف 24 سفر یک‌طرفه در سال به مکان‌های مرتبط با سلامت که مورد تأیید طرح بیمه هستند، در اختیار دارید. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد.</p> <p>Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 24 سفر یک طرفه، پوشش می‌دهد.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری (ادامه)</b></p> <p>زمانی این نوع حمل و نقل اجازه داده می‌شود که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارائه‌کننده خدمات پزشکی شما تشخیص دهد که وضعیت پزشکی و/یا جسمی شما اجازه نمی‌دهد با اتوبوس، خودروی سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل‌ونقل عمومی یا خصوصی رفت‌وآمد کنید، و</li> <li>• بسته به خدمات، ممکن است نیاز به مجوز قبلی باشد</li> </ul> <p>برنامه‌ریزی و هماهنگی حمل و نقل توسط Call The Car انجام می‌شود. اعضا باید با Call The Car به شماره [711: TTY: 1-855-200-7544]، در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته تماس بگیرند. برنامه تلفن همراه CTC Go می‌تواند برای برنامه‌ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزرواسیون‌های خیابان به خیابان، درب به درب و صندلی چرخدار استفاده شود. برنامه همراه CTC Go نمی‌تواند برای حمل و نقل با خودروی برانکاردر، استفاده شود و شما باید برای این نوع رزروها با آن‌ها تماس بگیرید. هماهنگی برای حمل و نقل باید حداقل از 24 ساعت قبل انجام شود.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> <p><i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i></p> |
| \$0                        | <p><b>حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی</b></p> <p>شما برای حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری و حمل‌ونقل غیرپزشکی، در مجموع تا سقف 24 سفر یک‌طرفه در سال به مکان‌های مرتبط با سلامت که مورد تأیید طرح بیمه هستند، در اختیار دارید. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد.</p> <p>Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 24 سفر یک طرفه، پوشش می‌دهد.</p> <p>این مزیت اجازه حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد.</p> <p>حمل‌ونقل برای دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز تحت پوشش Medi-Cal، شامل رفت‌وآمد برای قرار ملاقات‌های دندانپزشکی و دریافت داروها می‌باشد. حمل‌ونقل برای خدماتی که هم تحت Medi-Cal و هم تحت Medicare پوشش دارند.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                    | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               | <p><b>حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی (ادامه)</b></p> <p>هماهنگی حمل و نقل توسط Call The Car انجام می‌شود. با Call The Car به شماره [TTY: 711] 1-855-200-7544، در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. هماهنگی برای حمل و نقل باید حداقل از 24 ساعت قبل انجام شود. Call The Car یک برنامه مخصوص تلفن همراه (CTC-Go) ارائه می‌دهد که اعضای Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan می‌توانند از آن برای هماهنگی حمل و نقل جهت دریافت خدمات سلامت استفاده کنند. CTC-Go به شما این امکان را می‌دهد که رزروهای آینده یا گذشته را بررسی کنید، به سفر خود امتیاز دهید، راننده خود را ردیابی کنید، رزرو فعلی را لغو کنید و یک رزرو جدید را برنامه‌ریزی کنید. CTC-Go برای گوشی‌های iOS و Android در دسترس است. برنامه "CTC'Go" را در فروشگاه برنامه (اپ استور) گوشی خود جستجو کرده و آن را دانلود کنید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> <p>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</p> |
| <p>0\$ بابت هر درمان<br/>انفرادی یا گروهی</p> | <p><b>خدمات اختلال مصرف مواد مخدر به صورت سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده‌اند، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه تشخیص و مشاوره سوء مصرف الکل</li> <li>• مداوای سوء مصرف دارویی</li> <li>• مشاوره توسط درمانگر واجد شرایط به صورت فردی یا گروهی</li> <li>• سم‌زدایی نیمه حاد در برنامه اعتیاد مسکونی</li> <li>• خدمات مربوط سوء مصرف الکل و یا مواد در مرکز درمان فشرده بیماران سرپایی</li> <li>• درمان با Naltrexone یا رهش طولانی‌مدت (Vivitrol)</li> </ul> <p>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>خدمات آمبولانس</b></p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه برای وضعیت اورژانسی یا غیراورژانسی، شامل زمینی و هوایی است (هواپیما و هلیکوپتر). آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد.</p> <p>عارضه شما باید به قدری جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا زندگی شما خطرناک باشد.</p> <p>خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اضطراری) باید توسط ما تایید شود. در مواردی که اورژانسی نیستند، ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد.</p> <p><i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i></p> |
| \$0                        | <p><b>خدمات برنامه درمان مصرف مواد مخدر (OTP)</b></p> <p>طرح بیمه ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد مخدر (OUD) از طریق یک برنامه درمان با مواد مخدر (OTP) پرداخت می‌کند که شامل خدمات زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارزیابی مصرف و معاینات اولیه</li> <li>• ارزیابی‌های دوره‌ای</li> <li>• داروهای مورد تایید FDA، در صورت اقتضا، مدیریت و دادن این داروها به شما</li> <li>• مشاوره مصرف مواد</li> <li>• درمان فردی یا گروهی</li> <li>• آزمایش داروها یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایشات سم‌شناسی)</li> </ul> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</i></p>                                                               |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>خدمات بستری در بیمارستان روانی</b></p> <p>ما هزینه خدمات مراقبت سلامت روانی که نیاز به اقامت در بیمارستان دارند را، پرداخت می‌کنیم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر به خدمات بیماران بستری در یک بیمارستان روانپزشکی خودگردان نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. بعد از آن، سازمان بهداشت روان محلی کانتی، هزینه خدمات روانپزشکی ضروری از نظر پزشکی بیماران بستری را پرداخت می‌کند. اجازه برای مراقبت بیش از 190 روز با سازمان بهداشت روانی محلی کانتی هماهنگ می‌شود.</li> <li>○ محدودیت 190 روزه شامل خدمات بستری سلامت روان که در بخش روانپزشکی یک بیمارستان عمومی ارائه می‌شود، نمی‌گردد.</li> <li>• اگر 65 سال یا بیشتر سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت‌شده در موسسه بیماری‌های روان (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت می‌کنیم.</li> </ul> <p>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| \$0                        | <p><b>خدمات بستری نیمه‌وقت و خدمات ویژه بیماران سرپایی</b></p> <p>بستری نیمه‌وقت (Partial hospitalization) یک برنامه ساختاریافته برای درمان فعال روان‌پزشکی است. این خدمات به‌صورت خدمات سرپایی بیمارستان یا توسط یک مرکز سلامت روان جامعه ارائه می‌شود و شدت آن از مراقبتی که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر دارای مجوز ازدواج و خانواده (licensed marriage and family therapist, LMFT) یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید، بیشتر است. این برنامه می‌تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید.</p> <p>خدمات سرپایی فشرده، یک برنامه ساختاریافته برای درمان فعال سلامت رفتاری (روانی) است که به‌صورت خدمات سرپایی بیمارستان، در یک مرکز سلامت روان جامعه، مرکز سلامت واجد شرایط فدرال یا درمانگاه سلامت روستایی ارائه می‌شود و از مراقبتی که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر دارای مجوز ازدواج و خانواده (LMFT) یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید فشرده‌تر است، اما شدت آن از بستری پاره‌وقت کمتر است.</p> <p><b>توجه:</b> چون هیچ مرکز سلامت روان محلی در شبکه ما وجود ندارد، ما بستری نیمه‌وقت را فقط به عنوان خدمات بیمارستانی سرپایی پوشش می‌دهیم.</p> <p>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا مداوای بیماری یا جراحی دریافت می‌کنید را می‌پردازیم، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات در بخش اورژانس یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل جراحی سرپایی یا خدمات نظارتی</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی و آزمایش‌های تشخیصی که بیمارستان برای آنها صورتحساب صادر می‌کند</li> <li>• مراقبت سلامت روان شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری در صورتیکه پزشک تأیید کند که مداوا به صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود.</li> <li>• صورتحساب بیمارستان برای تصویربرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی</li> <li>• لوازم پزشکی از قبیل آتل و گچ</li> <li>• برخی داروها و فرآورده‌های بیولوژیک که نمی‌توانید خودتان مصرف کنید</li> </ul> <p>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارایه‌کننده شما است.</p> |
| \$0                        | <p><b>خدمات پزشک/ارائه‌کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل‌هایی از این قبیل ارائه می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مطب پزشک</li> <li>○ مرکز جراحی سرپایی مجاز</li> <li>○ بخش مراقبت سرپایی بیمارستان</li> <li>○ هر مکان دیگری</li> </ul> </li> <li>• مشاوره، تشخیص و مداوا توسط متخصص</li> <li>• معاینات اولیه شنوایی و تعادل که توسط ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما انجام می‌شوند، در صورتی که پزشکتان آنها را برای تعیین اینکه آیا به درمان نیاز دارید تجویز کرده باشد</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                       |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>خدمات پزشکی/ارائه‌کننده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برخی خدمات تله هلث (سلامت از راه دور، telehealth)، از جمله خدمات پزشکان برای درمان عارضه‌های غیروارژانسی مانند علائم سرماخوردگی و آنفولانزا، آلرژی، برونشیت، عفونت تنفسی، مشکلات سینوسی، بثورات پوستی، عفونت چشم، میگرن و موارد دیگر. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ شما امکان دریافت این خدمات از طریق ویزیت حضوری یا تله هلث را دارید. اگر شما تصمیم به دریافت یکی از این خدمات از طریق تله هلث بگیرید، باید از یکی از ارائه‌کنندگان داخل شبکه استفاده کنید که از طریق تله هلث خدمات ارائه می‌دهد.</li> <li>○ برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش «خدمات تکمیلی تله هلث» در «جدول مزایا» مراجعه کنید.</li> </ul> </li> <li>• خدمات سلامت از راه دور ویژه ویزیت‌های ماهیانه بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) جهت اعضای تحت دیالیز خانگی در یک مرکز بیمارستانی یا مرکز دیالیز کلیوی بیمارستانی دسترسی حاد، تسهیلات دیالیز کلیوی یا در خانه</li> <li>• خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علایم سکتة</li> <li>• خدمات تله هلث برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال همزمان سلامت روان، صرف‌نظر از محل حضور شما</li> <li>• خدمات تله هلث برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان؛ خدمات تله هلث برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط درمانگاه‌های سلامت روستایی و مراکز سلامت واجد شرایط فدرال ارائه می‌شوند.</li> <li>• معاینه مجازی کوتاه (برای مثال، از طریق تلفن یا گفت‌وگوی ویدیویی) به مدت پنج تا ده دقیقه با پزشک خود، اگر <ul style="list-style-type: none"> <li>○ شما یک بیمار جدید نباشید، و</li> <li>○ این معاینه کوتاه مربوط به ویزیت مطب در هفت روز گذشته نباشد و</li> <li>○ این معاینه کوتاه منجر به ویزیت در مطب ظرف 24 ساعت یا در نزدیکترین زمان ملاقات موجود نشود</li> </ul> </li> <li>• ارزیابی ویدئو و یا تصاویر ارسالی شما به پزشک و تفسیر و پیگیری توسط پزشک شما ظرف مدت 24 ساعت، اگر:</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>خدمات پزشکی/ارائه‌کننده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ شما یک بیمار جدید نباشید، و</li> <li>○ این ارزیابی مربوط به ویزیت مطب در هفت روز گذشته نباشد و</li> <li>○ ارزیابی منجر به ویزیت در مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین وقت موجود نشود</li> <li>● اگر بیمار جدید نیستید، مشورتی که پزشک شما با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا سوابق سلامت الکترونیک انجام می‌دهد</li> <li>● نظر پزشکی دوم، توسط ارائه‌کننده داخل شبکه دیگر قبل از جراحی</li> </ul> <p><i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و ارائه درخواست آن، تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i></p>                                                                           |
| \$0                        | <p><b>خدمات پیشگیری از آسم</b></p> <p>شما می‌توانید آموزش آسم و یک ارزیابی محیط خانگی برای محرک‌هایی داشته باشید که معمولاً در خانه برای افراد مبتلا به آسم با کنترل ضعیف وجود دارد.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| \$0                        | <p><b>خدمات تخصصی مربوط به پا</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی مصدومیت و بیماری پا (از قبیل انگشت چکشی یا خار پاشنه پا)</li> <li>● مراقبت متداول از پا برای اعضای مبتلا به عوارضی که بر روی پا تأثیر می‌گذارند، از قبیل دیابت</li> <li>● مراقبت‌های معمول از پا* (تحت پوشش غیر Medicare): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بریدن و برداشتن میخچه و پینه</li> <li>○ نظافت، بریدن، کوتاه کردن یا کندن ناخن</li> </ul> </li> </ul> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> <p><i>ممکن است نامه ارجاع لازم باشد و مسئولیت دریافت آن بر عهده ارائه‌کننده شما است</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>خدمات تکمیلی تله هلت (سلامت از راه دور)*</b></p> <p>Teladoc Health خدمات مشاوره پزشکی را به صورت تلفنی یا ویدیویی به صورت 24 ساعته، 7 روز هفته و 365 روز سال ارائه می‌دهد. پزشکان Teladoc Health می‌توانند بیماری‌های ساده را تشخیص داده و درمان کنند و همچنین برخی داروها را تجویز کنند. Teladoc Health یک خدمات تکمیلی است که هدفش این نیست که جایگزین ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما شود. لطفاً وارد <a href="https://blueshieldca.com/teladochealth">blueshieldca.com/teladochealth</a> یا برنامه Blue Shield of California شوید و درخواست یک وقت ویزیت کنید. اگر سؤالی دارید، می‌توانید با Teladoc Health به شماره [TTY: 711] (1-800-835-2362) (1-800-Teladoc)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته و 365 روز سال تماس بگیرید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| \$0                        | <p><b>خدمات تنظیم خانواده</b></p> <p>قانون به شما اجازه می‌دهد تا هر ارائه‌کننده‌ای - چه ارائه‌کننده داخل شبکه یا خارج از شبکه - را برای خدمات تنظیم خانواده مشخص شده، انتخاب کنید. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه تنظیم خانواده و مداوای پزشکی</li> <li>• آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایش‌های تشخیصی</li> <li>• روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD)، کاشت، تزریق، قرص‌های کنترل بارداری، پچ، یا حلقه)</li> <li>• لوازم تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کلاهک دهانه رحم)</li> <li>• خدمات باروری محدود مانند مشاوره و آموزش در مورد تکنیک‌های آگاهی از باروری، و/یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، انجام آزمایش و درمان برای عفونت‌های انتقال یافته از راه جنسی (STIها)</li> <li>• مشاوره و آزمایش HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV.</li> <li>• پیشگیری دایمی از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده، شما باید 21 سال به بالا باشید). شما باید یک فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را حداقل 30 روز، ولی کمتر از 180 روز قبل از تاریخ انجام جراحی امضا کنید.)</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>خدمات تنظیم خانواده (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاوره ژنتیک</li> </ul> <p>ما هزینه برخی خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. ولی شما باید از ارائه‌کننده‌ای در شبکه ارائه‌کنندگان ما برای خدمات زیر استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• درمان عوارض پزشکی ناباروری (این خدمت شامل روش‌های مصنوعی برای باردار شدن نمی‌شود.)</li> <li>• درمان برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV</li> <li>• آزمایش ژنتیک</li> </ul> |
| \$0                        | <p><b>خدمات توانبخشی بیماران سرپایی</b></p> <p>ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کنیم.</p> <p>شما می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.</p> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</i></p>                             |
| \$0                        | <p><b>خدمات توانبخشی ریوی</b></p> <p>ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضای پرداخت می‌کنیم که مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) ملایم تا بسیار شدید هستند. شما باید یک ارجاع برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه‌کننده معالج COPD داشته باشید.</p> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</i></p>                                                                            |
| \$0                        | <p><b>خدمات توانبخشی قلبی</b></p> <p>ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی را برای اموری از قبیل ورزش، آموزش و مشاوره پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایط خاصی را داشته و ارجاع پزشک داشته باشند.</p> <p>ما این برنامه‌های جامع را در صورتی پوشش می‌دهیم که شما حداقل یکی از شرایط زیر را داشته باشید:</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                              |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                         | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | <p><b>خدمات توانبخشی قلبی (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حمله قلبی در 12 ماه گذشته</li> <li>• جراحی بای‌پس عروق کرونر</li> <li>• آنژین صدری پایدار (درد قفسه سینه)</li> <li>• ترمیم یا تعویض دریچه قلب</li> <li>• آنژیوپلاستی عروق کرونر (یک روش پزشکی که برای باز کردن شریان مسدود شده استفاده می‌شود) یا استنت گذاری عروق کرونر (یک روش مورد استفاده برای باز نگه داشتن شریان)</li> <li>• پیوند قلب یا قلب و ریه</li> <li>• نارسایی مزمن و پایدار قلبی</li> </ul> <p>محدودیت‌های پوشش:</p> <p>شما می‌توانید تا 36 جلسه توانبخشی قلبی دریافت کنید. شما می‌توانید دو جلسه در روز داشته باشید (هر جلسه یک ساعت طول می‌کشد) و برنامه می‌تواند تا 36 هفته طول بکشد. اگر واجد شرایط باشید، ممکن است بتوانید 36 جلسه دیگر دریافت کنید که ممکن است در طول دوره زمانی طولانی‌تر پخش شوند.</p> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارایه‌کننده شما است.</i></p> |
| <p>\$0 بابت خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medicare</p> | <p><b>خدمات دندانپزشکی</b></p> <p>ما هزینه برخی خدمات دندانپزشکی، از جمله اما نه محدود به معاینات دهان، تصویربرداری سبیدی با اشعه ایکس از دندان‌ها، روکش‌ها و دندان‌های مصنوعی را پرداخت می‌کنیم. مواردی که تحت پوشش ما نیست، از طریق Medi-Cal Dental ارائه می‌شود که در <b>بخش G2</b> در ادامه توضیح داده شده است.</p> <p>ما بابت بعضی خدمات دندانپزشکی در مواردی پرداخت می‌کنیم که آن خدمات بخش اساسی یک درمان خاص مرتبط با وضعیت پزشکی اولیه فرد است. نمونه‌های آن شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب، کشیدن دندان در آماده‌سازی برای درمان پرتودرمانی سرطان درگیرکننده فک، یا معاینات دهان پیش از پیوند عضو می‌باشد.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                      |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>خدمات دندانپزشکی (ادامه)</b></p> <p>علاوه بر این، ما برخی از خدمات جامع دندانپزشکی را پوشش می‌دهیم.* «جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی» (که در این فصل بعد از «جدول مزایا» قرار دارد) روال‌های خاص دندانپزشکی تحت پوشش این مزایا را نشان می‌دهد. این روال‌های درمانی در صورت ارائه شدن توسط یک دندانپزشک دارای مجوز درون شبکه، و در صورتی که طبق استانداردهای پذیرفته شده عمومی تخصص دندانپزشکی، لازم و مرسوم باشد، جزو مزایای تحت پوشش هستند. اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به خدمات تحت پوشش، بعد از «جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی» قرار دارد.</p> <p>ممکن است همه خدمات تحت پوشش برای همه مناسب نباشند. شما باید برای تعیین مراقبت مناسب، به دندانپزشک شبکه خود، تکیه کنید. محدودیت‌های مزایا، مجوز قبلی و یا ارجاع ممکن است برای برخی از خدمات دندانپزشکی اعمال شود.</p> <p>بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند. اطلاعات بیشتر در وبسایت <a href="http://SmileCalifornia.org">SmileCalifornia.org</a> موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدماتی مانند موارد زیر است، اما محدود به آنها نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینات اولیه، تصویربرداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری و فلوراید درمانی</li> <li>• ترمیم و روکش</li> <li>• مداوای کانال ریشه</li> <li>• دندان مصنوعی پارسیل و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین</li> </ul> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در Medi-Cal Dental، با اگر برای یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را بپذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental برای کمک به شما از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از وبسایت <a href="http://smilecalifornia.org/">smilecalifornia.org/</a> باز دید کنید.</p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) باز دید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>خدمات شنوایی</b></p> <p>ما هزینه انجام آزمایشات شنوایی و تعادل بدن توسط ارائه‌کننده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به مداوای پزشکی نیاز دارید یا نه. هنگامی که این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، آنها تحت پوشش مراقبت‌های سرپایی می‌باشند.</p> <p><b>خدمات شنوایی (تحت پوشش غیر Medicare)*</b></p> <p>این طرح، علاوه بر خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شامل خدمات شنوایی نیز می‌شود. مزایا شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما سالانه مبلغ \$1,500 برای خدمات شنوایی زیر که تحت پوشش Medicare نیستند، در اختیار دارید: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ یک معاینه شنوایی عادی (تحت پوشش غیر Medicare)</li> <li>○ حداکثر تا دو سمعک (برای هر دو گوش مجموعاً)</li> <li>○ حداکثر تا دو جلسه تنظیم و ارزیابی سمعک</li> </ul> </li> <li>• شما می‌توانید این خدمات را از تامین‌کننده سمعک انتخابی خودتان دریافت کنید.</li> <li>• این کمک هزینه فوق‌العاده را نمی‌توان با مبلغ کمک هزینه فوق‌العاده \$240 فصلی برای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» (در صورت داشتن شرایط لازم) و اقلام بدون نسخه (Over-the-Counter, OTC) ترکیب کرد.</li> <li>• این مزایا از اولین روز هر سال قابل استفاده است و کمک هزینه استفاده‌نشده را نمی‌توان از یک سال به سال بعد منتقل کرد.</li> </ul> <p>شما همراه با کارت Flex Card خود، یک کتابچه «راهنمای اعضا» از طریق پست دریافت خواهید کرد. Flex Card یک کارت پرداخت است که مبالغ کمک‌هزینه واجد شرایط، از پیش روی آن بارگذاری شده‌اند تا به پرداخت مزایای تحت پوشش کمک کنند. کتابچه «راهنمای اعضا» شما کمک هزینه‌های قابل دسترسی که از قبل در Flex Card شما واریز شده‌اند را، توضیح می‌دهد و همچنین مشخص می‌کند برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای تحت پوشش خود و نحوه مدیریت حسابتان به کجا مراجعه کنید.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>خدمات شنوایی (ادامه)</b></p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مزایا، با شماره 1-877-429-3245 [TTY: 711]، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت پسیفیک (PT)، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت <a href="https://bscaflexbenefits.com">bscaflexbenefits.com</a> مراجعه کنید.</p> <p>*خدمات در رابطه با محدودیت پرداخت از جیب این طرح بیمه، اعمال نمی‌شود.</p> <p>علاوه بر خدمات شنوایی تحت پوشش غیر Medicare که در این بخش توضیح داده شده‌اند، ما همچنین هزینه سمعک‌هایی را که پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط تجویز کرده باشند، پرداخت می‌کنیم، از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قالب، لوازم و کفی‌ها</li> <li>• تعمیرات</li> <li>• یک مجموعه باتری‌های اولیه</li> <li>• شش مراجعه به همان فروشنده برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری، بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید.</li> <li>• دوره اجاره آزمایشی سمعک</li> <li>• دستگاه‌های کمک شنیداری، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی سطحی</li> <li>• خدمات شنوایی‌شناسی مرتبط با سمعک و خدمات پس از ارزیابی</li> </ul> |
| \$0                        | <p><b>خدمات قابل (Doula)</b></p> <p>ما به افرادی که باردار هستند، تعداد نه (9) مراجعه به قابل در دوره بارداری و بعد از زایمان و همچنین پشتیبانی در زمان زایمان و هنگام وضع حمل ارایه می‌کنیم. تا نه (9) مراجعه اضافی پس از زایمان نیز ممکن است ارائه شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| \$0                        | <p><b>خدمات کایروپراکتیک</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• میزان سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی</li> </ul> <p>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و ارائه درخواست آن، تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                      | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>\$0 (پوشش خدمات تحت پوشش غیر Medicare، به 12 ویزیت در سال محدود می‌شود.)</p> | <p><b>خدمات کایروپراکتیک (ادامه)</b></p> <p><b>خدمات کایروپراکتیک (تحت پوشش غیر Medicare)*</b></p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینات اولیه و بعدی</li> <li>• اصلاحات کایروپراکتیک</li> <li>• درمان‌های کمکی</li> <li>• تصویربرداری با اشعه ایکس (فقط کایروپراکتیک)</li> </ul> <p>خدمات تحت پوشش غیر Medicare از طریق American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) ارائه می‌شوند. خدمات تحت پوشش باید توسط طرح‌های ASH، به عنوان ضرورت پزشکی تعیین شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن ارائه کننده شرکت کننده در ASH Plans، می‌توانید با ASH Plans به شماره (800) 678-9133 [TTY: 711]، از دوشنبه تا جمعه، از 5 a.m. تا 8 p.m. به وقت پس‌بیفیک (PT)، از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، و از یکشنبه تا شنبه، از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت پس‌بیفیک (PT)، از 1 اکتبر تا 31 مارس تماس بگیرید. همچنین می‌توانید برای یافتن ارائه کننده شرکت کننده در ASH Plans با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید یا به <a href="https://blueshieldca.com/find-a-doctor">blueshieldca.com/find-a-doctor</a> مراجعه کنید.</p> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> |
| <p>\$0</p>                                                                      | <p><b>خدمات محلی برای افراد بالغ (Community Based Adult Services, CBAS)</b></p> <p>برنامه CBAS، یک خدمت سرپایی در یک مرکز درمانی است که اشخاص برطبق جدول زمانی در آن حضور پیدا می‌کنند. این برنامه، مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان‌ها (شامل کاردرمانی، ورزش درمانی و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ارائه دهنده مراقبت، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را عرضه می‌کند. ما در صورت برآوردن ضوابط واجد شرایط بودن، هزینه CBAS را پرداخت می‌کنیم. برای دریافت کمک در مورد واجد شرایط بودن برای CBAS، با هماهنگ کننده مراقبت Blue Shield خود به شماره 1-888-548-5765، از 8:00 am تا 6:00 pm، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p><b>توجه:</b> اگر مرکز خدمات CBAS موجود نیست، ما می‌توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>خدمات و لوازم بیماری کلیه</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات ارزیابی بیماری کلیه برای آموزش مراقبت از کلیه و کمک به شما تا تصمیمات درستی را در مورد مراقبت خود اتخاذ کنید. شما باید مبتلا به مرحله چهار بیماری مزمن کلیه باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما هزینه حداکثر شش جلسه خدمات آموزش بیماری کلیه را پوشش می‌دهیم.</li> <li>• مداوای دیالیز بیماران سرپایی شامل مداوای دیالیز هنگامی که موقتاً در خارج منطقه خدماتی هستید، همانگونه که در <b>فصل 3</b>، دفترچه اطلاعاتی/اعضا ذکر شده است یا زمانی که ارائه‌کننده این خدمات موقتاً در دسترس نبوده یا موجود نیست.</li> <li>• مداوای دیالیز بیماران بستری اگر شما به عنوان بیمار بستری برای مراقبت ویژه در بیمارستان پذیرفته شده باشید.</li> <li>• آموزش خود دیالیزی، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداوای دیالیز در منزل کمک می‌کند.</li> <li>• وسایل و لوازم دیالیز در منزل</li> <li>• برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت‌های ضروری توسط مددکاران دیالیز کارآموده برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و سیستم تغذیه آب.</li> </ul> <p>برنامه Medicare بخش B هزینه برخی از داروهای مربوط به دیالیز را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات، به «داروهای Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید.</p> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</i></p> |
| \$0                        | <p><b>داروهای Medicare بخش B</b></p> <p>این داروها تحت پوشش Medicare بخش B هستند. طرح بیمه ما بابت داروهای زیر هزینه پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی‌کنید و هنگامی که خدمات پزشک، سرپایی در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی را دریافت می‌کنید به شما تزریق یا درون‌یزی می‌شود.</li> <li>• انسولین تامین‌شده از طریق یک وسیله پزشکی بادوام (مثل پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است)</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>داروهای Medicare بخش B (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سایر داروهایی که با استفاده از وسایل پزشکی بادوام (از قبیل افشانه پراکن/نبولایزر) مصرف می‌کنید که طرح بیمه ما تایید کرده است</li> <li>• داروی آلزایمر، <b>Leqembi®</b> (نوع ژنریک <b>lecanemab</b>) که به صورت داخل وریدی (IV) تجویز می‌شود علاوه بر هزینه های دارویی، ممکن است قبل و یا در طول درمان به اسکن و آزمایش‌های اضافی نیاز داشته باشید. با پزشک خود در مورد اسکن‌ها و آزمایش‌هایی که ممکن است به عنوان بخشی از درمان خود نیاز داشته باشید، صحبت کنید.</li> <li>• عوامل لخته‌کننده خون که در صورت ابتلا به هموفیلی به خودتان تزریق می‌کنید</li> <li>• داروهای پیوند اندام/سرکوب کننده سیستم ایمنی: <b>Medicare</b> درمان دارویی پیوند اندام را در صورتی تحت پوشش قرار می‌دهد که <b>Medicare</b> هزینه پیوند اندام شما را پرداخت کرده باشد. شما باید در هنگام پیوند تحت پوشش بخش <b>A</b> بوده باشید و در هنگام دریافت داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی باید بخش <b>B</b> را داشته باشید. <b>Medicare</b> بخش <b>D</b> داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را در صورتی پوشش می‌دهد که بخش <b>B</b> آنها را پوشش ندهد.</li> <li>• داروهای تزریقی پوکی استخوان (استنوپروز). ما هزینه این داروها را در صورتی که خانه‌نشین باشید، شکستگی استخوانی داشته باشید که پزشک تأیید کند ناشی از پوکی استخوان پس از یائسگی بوده است، و نتوانید دارو را خودتان تزریق کنید، پرداخت می‌کنیم.</li> <li>• برخی آنتی‌ژن‌ها: <b>Medicare</b> آنتی ژن‌ها را در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک آنها را آماده کند و یک فرد که به درستی آموزش داده شده (که می‌تواند خود بیمار باشد) آنها را تحت نظارت مناسب بدهد.</li> <li>• برخی داروهای ضد سرطان خوراکی: برنامه <b>Medicare</b> برخی داروهای سرطان دهان را که از طریق خوراکی مصرف می‌کنید، در صورتی پوشش می‌دهد که همان دارو در فرم تزریقی موجود باشد یا دارو از نوع پیش‌دارو (فرم خوراکی دارویی که پس از مصرف و جذب در بدن، به همان عنصر فعال موجود در داروی تزریقی، تجزیه می‌شود) باشد. همگام با ارایه داروهای خوراکی سرطان، بخش <b>B</b> ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر بخش <b>B</b> آنها را پوشش ندهد، بخش <b>D</b> آنها را پوشش می‌دهد.</li> <li>• داروهای ضد تهوع خوراکی: <b>Medicare</b> داروهای ضد تهوع خوراکی که به عنوان بخشی از رژیم شیمی درمانی ضد سرطان استفاده می‌کنید را در صورتی پوشش می‌دهد که قبل از، در یا طی مدت 48 ساعت شیمی درمانی تجویز شوند یا به عنوان جایگزینی کامل درمانی برای داروی ضد تهوع داخل وریدی استفاده شوند.</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>داروهای Medicare بخش B (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برخی داروهای خوراکی مرتبط با بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) که تحت پوشش Medicare بخش B هستند نیز شامل می‌شوند.</li> <li>• داروهای تقلد کلسیم (calcimimetic) و متصل‌شونده به فسفات (phosphate binder) تحت سیستم پرداخت ESRD، شامل داروی تزریقی Parsabiv® و داروی خوراکی Sensipar</li> <li>• داروهای خاص برای دیالیز خانگی، شامل heparin، ضد اثر heparin (هنگامی که ضرورت پزشکی دارد) و داروهای بیهوشی کننده موضعی</li> <li>• عوامل تحریک‌کننده تولید گلبول قرمز: Medicare داروی erythropoietin تزریقی را در صورتی تحت پوشش قرار می‌دهد که مبتلا به ESRD باشید یا برای درمان کم خونی مربوط به شرایط خاص دیگر به آن نیاز داشته باشید (مانند Epoetin Alfa، Procrit®، Epogen®، Aranesp®، Methoxy polyethylene یا Mircera®، Darbepoetin Alfa® glycol-epotin beta)</li> <li>• گلوبولین ایمنی درون وریدی برای مداوای خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه</li> <li>• تغذیه تزریقی و روده‌ای (IV و تغذیه با لوله)</li> </ul> <p>ما همچنین بعضی واکسن‌ها را تحت Medicare بخش B و بیشتر واکسن‌های بزرگسالان تحت مزایای داروهای Medicare بخش D را پوشش می‌دهیم.</p> <p><b>فصل 5</b> این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مزایای دارویی ما را توضیح می‌دهد. این بخش قوانینی را توضیح می‌دهد که برای تحت پوشش قرار گرفتن داروهای نسخه‌ای خود باید رعایت کنید.</p> <p><b>فصل 6</b> این دفترچه اطلاعاتی/اعضا اطلاعاتی را در مورد هزینه‌هایی که برای داروهای خود از طریق برنامه درمانی ما پرداخت می‌کنید، ارائه می‌کند.</p> <p>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</p> |



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>درمان با ورزش تحت نظارت (Supervised exercise therapy, SET)</b></p> <p>ما هزینه SET را به اعضای مبتلا به بیماری شریان محیطی (peripheral artery disease, PAD) علامت‌دار که از پزشک مسئول درمان PAD ارجاع دارند، می‌پردازیم.</p> <p>طرح بیمه ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تا 36 جلسه در یک دوره 12-هفته‌ای اگر همه الزامات SET رعایت شده باشند</li> <li>36 هفته دیگر به مرور زمان اگر از نظر یک ارائه‌کننده مراقبت سلامت ضرورت پزشکی داشته باشند</li> </ul> <p>برنامه SET باید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>جلسات 30 تا 60 دقیقه برنامه آموزش ورزشی درمانی برای PAD در بیمارانی که به علت جریان خون ضعیف، گرفتگی پا دارند (کلودیکاسیون)</li> <li>در بخش بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود</li> <li>توسط پرسنل مجاز ارائه شود که اطمینان حاصل کند که مزایای آن بیش از معایبش است و در زمینه درمان ورزشی ویژه PAD آموزش دیده باشد</li> <li>تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک (PA) یا پرستار پزشک (پرستار با مجوز درمان NP)/پرستار متخصص بالینی (CNS) باشند که در تکنیک‌های پایه و پیشرفته حفظ حیات آموزش دیده‌اند</li> </ul> <p>اجازه قبلی و/یا نامه ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</p> |
| \$0                        | <p><b>درمان تغذیه پزشکی</b> </p> <p>این مزایا برای اشخاصی می‌باشد که به دیابت یا بیماری کلیه بدون نیاز به دیالیز مبتلا هستند. این خدمت همچنین پس از پیوند کلیه، در صورت ارجاع پزشک شما، ارائه می‌شود.</p> <p>ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره فردی را در طول سال اولی که خدمات درمان تغذیه پزشکی تحت Medicare دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم. در صورت ضرورت پزشکی، ما ممکن است خدمات تکمیلی را تایید کنیم.</p> <p>ما هزینه دو ساعت خدمات مشاوره رو در رو در سال را بعد از آن پرداخت می‌کنیم. اگر وضعیت، مداوا یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات مداوای بیشتری را با ارجاع پزشک دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کرده و در صورتیکه شما در سال تقویمی بعدی به درمان نیاز داشته باشید، هر سال ارجاع را تمدید کند. در صورت ضرورت پزشکی، ما ممکن است خدمات تکمیلی را تایید کنیم.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                        | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>سهم ثابت بیمه‌شده \$0<br/>برای هر ویزیت تحت پوشش جهت تزریق درمانی در منزل.</p> | <p><b>درمان‌های تزریق در خانه</b></p> <p>طرح بیمه ما هزینه درمان‌های تزریق در خانه را که به شکل دارو یا مواد بیولوژیکی به داخل رگ یا زیر پوست و در خانه به شما تزریق می‌شود، پرداخت می‌کند. برای تزریق در خانه، به موارد زیر نیاز است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دارو یا ماده بیولوژیکی، مثل ضدویروس یا گلوبولین ایمنی؛</li> <li>• تجهیزات، مثل پمپ؛ و،</li> <li>• لوازم مثل لوله یا کاتتر.</li> </ul> <p>طرح ما خدمات تزریق در منزل را پوشش می‌دهد که شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به آن‌ها نیست:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات تخصصی، شامل خدمات پرستاری، ارایه شده طبق برنامه مراقبتی شما؛</li> <li>• آموزش و تعلیم به عضو که قبلاً در مزیت DME وجود نداشت؛</li> <li>• نظارت از راه دور؛ و،</li> <li>• خدمات نظارتی برای انجام تزریق درمانی در خانه و داروهای تزریقی در خانه توسط یک ارائه‌کننده واجد شرایط خدمات تزریق درمانی در خانه انجام شده‌اند.</li> </ul> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارایه‌کننده شما است.</i></p> |
| <p>\$0</p>                                                                        | <p><b>طب سوزنی</b></p> <p>ما هزینه حداکثر دو نوبت خدمات طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا در صورت ضرورت پزشکی، به تعداد دفعات بیشتری، پرداخت می‌کنیم.</p> <p>همچنین اگر درد مزمن پایین کمر دارید که مطابق با تعاریف ذکر شده در زیر باشد، ما هزینه حداکثر 12 ویزیت طب سوزنی در 90 روز را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تداوم درد به مدت 12 هفته یا بیشتر؛</li> <li>• خاص نباشد (علت سیستماتیک قابل شناسایی نداشته باشد، مثلاً با بیماری‌های متاستازکننده، التهابی یا عفونی مرتبط نباشد)؛</li> <li>• به جراحی مرتبط نباشد؛</li> <li>• به بارداری مرتبط نباشد.</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>طب سوزنی (ادامه)</b></p> <p>به علاوه، در صورت بهبودی، ما هزینه هشت جلسه اضافی طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر را نیز پرداخت می‌کنیم. شما نمی‌توانید در سال بیش از 20 درمان طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر دریافت کنید. اگر بهتر نشوید یا اگر بدتر شوید، درمان‌های طب سوزنی باید متوقف شوند. الزامات ارائه‌کنندگان خدمات:</p> <p>پزشکان می‌توانند طب سوزنی را طبق الزامات ایالتی مربوطه ارائه دهند.</p> <p>دستیاران پزشک، پرستار پزشک، پرستاران متخصص بالینی و کارکنان کمکی می‌توانند طب سوزنی ارائه دهند، مشروط بر این که همه شرایط ایالتی مربوطه را برآورده کرده و:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مدرک کارشناسی ارشد یا دکترای در رشته طب سوزنی یا طب شرقی از یک دانشکده مورد تأیید «کمیسیون اعتباردهی طب سوزنی و طب شرقی» (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) داشته باشند، و</li> <li>• دارای مجوز معتبر، کامل، فعال و بدون محدودیت برای انجام طب سوزنی در یک ایالت، قلمرو یا مشترک‌المنافع (مانند پورتوریکو) در ایالات متحده یا ناحیه کلمبیا باشند.</li> </ul> <p>کارکنان کمکی که خدمات طب سوزنی ارائه می‌دهند باید تحت سطح مناسبی از نظارت پزشک، دستیار پزشک (PA) یا پرستار متخصص/پرستار متخصص بالینی (NP/CNS) بوده و مطابق با الزامات مقررات ما، فعالیت کنند.</p> <p>خدمات تحت پوشش از طریق ارائه‌کنندگان شرکت کننده در American (ASH Plans) Specialty Health Plans of California, Inc. ارائه می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن ارائه‌کننده شرکت‌کننده در ASH Plans، می‌توانید با ASH Plans به شماره (800) 678-9133 [TTY: 711]، از دوشنبه تا جمعه، از 5 a.m. تا 8 p.m. به وقت پسیفیک (PT)، از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، و از یکشنبه تا شنبه، از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت پسیفیک (PT)، از 1 اکتبر تا 31 مارس تماس بگیرید. همچنین می‌توانید برای یافتن ارائه‌کننده شرکت‌کننده در ASH Plans با بخش خدمات مشتریان Medicare + Medi-Cal Plan Blue Shield تماس بگیرید یا به <a href="https://blueshieldca.com/find-a-doctor">blueshieldca.com/find-a-doctor</a> مراجعه کنید.</p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <div data-bbox="1339 279 1385 327"></div> <p><b>غربالگری سرطان ریه با سی‌تی‌اسکن با دوز پایین (LDCT)</b></p> <p>طرح بیمه ما بابت غربالگری سرطان ریه هر 12 ماه هزینه پرداخت می‌کند، اگر شما:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-77 سال داشته باشید، و</li> <li>• یک ویزیت مشاوره یا تصمیم‌گیری مشترک با پزشک خود یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط داشته باشید، و</li> <li>• حداقل یک بسته سیگار در روز در 20 سال گذشته کشیده باشید و علائم و نشانه‌های سرطان نداشته باشید یا اکنون سیگاری باشید یا در 15 سال گذشته ترک کرده باشید</li> </ul> <p>بعد از غربالگری اول، طرح بیمه ما هر سال بابت یک غربالگری دیگر با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط دیگر هزینه پرداخت می‌کند. اگر یک ارائه‌دهنده خدمات تصمیم بگیرد مشاوره غربالگری سرطان ریه و جلسه تصمیم‌گیری مشترک را برای غربالگری‌های سرطان ریه ارائه دهد، این ویزیت باید با معیارهای Medicare برای چنین ویزیت‌هایی مطابقت داشته باشد.</p> |
| \$0                        | <div data-bbox="1339 1098 1385 1146"></div> <p><b>مراقبت از بینایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک مورد معاینه عادی بینایی در سال و</li> <li>• حداکثر \$100 برای عینک طبی (قاب و لنز) یا حداکثر \$100 برای لنزهای تماسی در هر دو سال.</li> </ul> <p>ما هزینه خدمات پزشک بیماران سرپایی را برای تشخیص و مداوای بیماری‌ها و مصدومیت‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. به عنوان مثال، درمان دژنراسیون ماکولا وابسته به سن.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                                                                                                                                                  | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                             | <p><b>مراقبت از بینایی (ادامه)</b></p> <p>برای اشخاصی که در معرض افزایش خطر گلوکوم (آب سیاه) قرار دارند، هزینه یک مورد معاینه غربالگری گلوکوم (آب سیاه) در سال را پرداخت می‌کنیم. اشخاص زیر در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اشخاصی که سابقه خانوادگی گلوکوم (آب سیاه) دارند</li> <li>• اشخاصی که مبتلا به دیابت هستند</li> <li>• آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار با سن 50 سال و بیشتر</li> <li>• آمریکایی‌های اسپانیایی‌تبار با سن 65 سال و بیشتر</li> </ul> <p>برای افراد مبتلا به دیابت، ما هزینه غربالگری رتینوپاتی دیابتی را یک بار در سال پرداخت می‌کنیم.</p> <p>هزینه یک عینک طبی یا لنزهای تماسی را بعد از هر عمل جراحی آب مروارید هنگامی که پزشک لنز مصنوعی داخل چشمی را داخل چشم قرار داد، پرداخت می‌کنیم.</p> <p>اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه دارید، باید یک عینک طبی را بعد از هر جراحی دریافت کنید. شما نمی‌توانید دو عینک طبی را بعد از جراحی دوم دریافت کنید، حتی اگر یک عینک طبی را بعد از جراحی اول دریافت نکرده باشید.</p> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارایه‌کننده شما است.</i></p> |
| <p><b>\$0</b></p> <p>اگر در یک بیمارستان خارج از شبکه مراقبت اورژانسی دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود به مراقبت بستری نیاز داشته باشید، برای بستری شدن باید تأیید طرح بیمه را دریافت کنید.</p> | <p><b>مراقبت اورژانسی</b></p> <p>مراقبت‌های اورژانسی خدماتی هستند که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• توسط ارائه‌کننده‌ای انجام می‌شوند که برای خدمات اورژانس آموزش دیده است،</li> <li>• انجام آن برای ارزیابی یا درمان یک وضعیت اورژانسی پزشکی لازم هستند.</li> </ul> <p>وضعیت اورژانسی پزشکی عبارت است از بیماری، آسیب، درد شدید، یا شرایط پزشکی که به سرعت رو به وخامت می‌رود. این عارضه آنقدر جدیست که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرد، هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل سلامتی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                                                                                                                              | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>20% سهم مشترک<br/>درصدی بیمه، برای<br/>پوشش در سراسر جهان<br/>(اگر ظرف یک روز به<br/>دلیل همان عارضه در<br/>بیمارستان بستری شوید،<br/>سهم مشترک بیمه از شما<br/>دریافت نمی‌شود).</p> | <p><b>مراقبت اورژانسی (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند متولد نشده شما؛ یا</li> <li>• آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا</li> <li>• اختلال شدید در عملکرد هر یک از اندامهای بدن؛ یا</li> <li>• از دست دادن یک عضو بدن یا از دست دادن عملکرد یک عضو بدن.</li> <li>• در مورد زنان باردار در حین وضع حمل فعال، وقتی که: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به یک بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.</li> <li>○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامتی و ایمنی شما یا کودک متولد نشده شما را در معرض خطر قرار دهد.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>*پوشش جهانی</b></p> <p>شما محدودیت ترکیبی سالیانه برای خدمات مراقبت اورژانسی یا خدمات با نیاز فوری، در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن در هر سال، ندارید.</p> <p><b>*خدمات ارائه‌شده خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن در محاسبه حداکثر سقف پرداخت از جیب این طرح بیمه لحاظ نمی‌شوند.</b></p> |
| <p>\$0</p>                                                                                                                                                                              | <p><b>مراقبت با نیاز فوری</b></p> <p>مراقبت با نیاز فوری، ارائه مراقبت برای مداوای موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وضعیت غیراورژانسی که نیاز به مراقبت فوری پزشکی دارد، یا</li> <li>• یک بیماری پیش‌بینی نشده، یا</li> <li>• مصدومیت، یا</li> <li>• عارضه‌ای که فوراً به مراقبت نیاز دارد.</li> </ul> <p>اگر به مراقبت با نیاز فوری احتیاج دارید، باید ابتدا آن را از طریق یک شبکه ارائه‌کنندگان دریافت کنید. با این حال، اگر به دلیل شرایط زمانی، مکانی یا موقعیتی، امکان مراجعه به ارائه‌دهنده درون شبکه وجود نداشته یا منطقی نباشد، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید (برای مثال، زمانی که خارج از محدوده خدمات طرح هستید و به خدمات فوری و اورژانسی پزشکی برای یک وضعیت پیش‌بینی نشده نیاز دارید، اما این وضعیت یک اورژانس پزشکی محسوب نمی‌شود).</p> <p><b>*پوشش جهانی</b></p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                       |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>20% سهم درصدی برای پوشش جهانی مراقبت‌های فوری (معافیت از پرداخت سهم درصدی در صورت بستری شدن در بیمارستان در یک روز به دلیل همان بیماری)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>مراقبت با نیاز فوری (ادامه)</b></p> <p>هیچ سقف سالانه تجمیعی برای مراقبت‌های اورژانسی یا خدمات فوری موردنیاز خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن وجود ندارد و این موارد در سقف حداکثر پرداخت از جیب طرح لحاظ نمی‌شوند.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>\$0 برای یک معاینه در هر سال زمانی که از یک ارائه‌دهنده در شبکه استفاده کنید.</p> <p>\$0 برای فریم عینک (با قیمت حداکثر ارزش خرده‌فروشی معمول \$500) هر 2 سال یکبار، در صورت استفاده از ارائه‌کننده داخل شبکه. اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$500 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت تفاوت قیمت آن هستید.</p> <p>مبلغ \$0 برای یکی از این دو مورد: یک جفت عدسی عینک طبی (صرف‌نظر از اندازه یا نمره) یا لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$500 برای خدمات لنز تماسی و</p> | <p><b>مراقبت بینایی، تحت پوشش غیر Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه‌کنندگان)*</b></p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه معمول چشم، شامل معاینه عیوب انکساری و تجویز نسخه برای لنزهای اصلاح بینایی. اگر ارائه‌کننده روال‌های درمانی دیگری را توصیه کند، شما مسئول پرداخت هزینه‌های اضافی آن هستید. معاینه برای لنزهای تماسی نیاز به پرداخت هزینه اضافی دارد. شما مسئول پرداخت هزینه‌های اضافی هستید.</li> <li>• فریم عینک.</li> <li>• لنزهای عینک یا لنزهای تماسی. اگر انتخاب شما، لنز عینک باشد، می‌توانید لنز تک‌کانونی، دوکانونی خطدار، سه‌کانونی خطدار و لنز لنتیکولار را انتخاب نمایید. اگر لنزهای دیگر یا درمان‌های افزودنی که در فهرست نیستند را انتخاب کنید، مسئول پرداخت هزینه‌های اضافی خواهید بود، حتی اگر مجموع هزینه‌ها در محدوده کمک هزینه باقی بماند.</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                                                                                                                                                                                 | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>و مواد مربوطه)، هر 2 سال یکبار، در صورت استفاده از ارائه‌کننده داخل شبکه. خدمات دریافت‌شده از یک ارائه‌کننده غیرمشارکت‌کننده، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$500 باشد، شما مسئول پرداخت تفاوت آن هستید.</p> | <p><b>مراقبت بینایی، تحت پوشش غیر Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه‌کنندگان)* (ادامه)</b></p> <p>مجوز قبلی (تأیید از قبل) مورد نیاز نیست. از فهرست خدمات بینایی (<i>Vision Directory</i>) استفاده کنید یا به وبسایت <a href="http://blueshieldca.com/find-a-doctor">blueshieldca.com/find-a-doctor</a> بروید تا یکی از ارائه‌کنندگان مشارکت‌کننده در شبکه برنامه خدمات بینایی (Vision Service Plan, VSP) (Blue Shield Vision) (Administrator) را پیدا کنید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>\$0</p>                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>مراقبت تسکینی</b></p> <p>مراقبت تسکینی تحت پوشش طرح بیمه ماست. مراقبت تسکینی برای اشخاصی است که بیماری جدی دارند. آن مراقبت با محور بیمار و خانواده را فراهم می‌کند که کیفیت زندگی را با پیش‌بینی، پیشگیری و درمان درد و رنج بهبود می‌دهد. مراقبت تسکینی (Palliative Care)، مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) نیست، بنابراین برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مراقبت تسکینی، لازم نیست امید به زندگی شش ماه یا کمتر داشته باشید. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت درمانی/عادی ارائه می‌شود.</p> <p>مراقبت تسکینی شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامه‌ریزی پیشرفته مراقبتی</li> <li>• ارزیابی و مشاوره برای مراقبت تسکینی</li> <li>• یک برنامه مراقبتی شامل تمام مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز شامل سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی</li> <li>• خدمات تیم مراقبت تعیین شده شما</li> <li>• هماهنگ‌سازی مراقبت</li> <li>• مدیریت درمان و علائم بیماری</li> </ul> <p>اگر بالای 21 سال سن دارید، نمی‌توانید همزمان از مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر و مراقبت تسکینی استفاده کنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و شرایط لازم برای مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر را برآورده می‌کنید، در هر زمانی می‌توانید درخواست کنید که به مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر تغییر وضعیت دهید.</p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                      | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>\$0 بابت هر ویزیت سلامت در خانه تحت پوشش</p> | <p><b>مراقبت توسط سازمان درمانی در منزل</b></p> <p>قبل از اینکه بتوانید خدمات درمانی در منزل دریافت کنید، پزشک باید به شما بگوید که به آنها نیاز دارید و بایستی توسط یک سازمان درمانی در منزل ارائه شوند. شما باید زمینگیر باشید یعنی ترک خانه برای شما بسیار دشوار باشد. ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده‌اند، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پرستاری تخصصی و خدمات بهیار سلامت در منزل به‌صورت پاره وقت یا متناوب (برای اینکه این خدمات تحت مزایای مراقبت سلامت در منزل پوشش داده شوند، مجموع خدمات پرستاری تخصصی و بهیار سلامت در منزل شما باید کمتر از هشت ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد).</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• خدمات پزشکی و اجتماعی</li> <li>• لوازم و تجهیزات پزشکی</li> </ul> <p>ممکن است اجازه قبلی و/یا نامه ارجاع لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</p> |
| <p>\$0</p>                                      | <p><b>مراقبت در مرکز پرستاری</b></p> <p>مرکز پرستاری (NF) مکانی است که برای افرادی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند اما به بستری شدن در بیمارستان نیز نیازی ندارند، خدمات مراقبتی ارائه می‌دهد.</p> <p>خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می‌کنیم، شامل موارد زیر است، ولی به آنها محدود نمی‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی دارد)</li> <li>• خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص</li> <li>• خدمات پرستاری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• درمان تنفسی</li> <li>• داروهایی که به عنوان بخشی از طرح بیمه به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته‌کننده خون).</li> <li>• خون، شامل ذخیره سازی و تزریق</li> <li>• لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز پرستاری داده می‌شوند</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>       |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• تصویربرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• استفاده از وسائلی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• خدمات پزشکی/کارورز پزشکی</li> <li>• وسایل پزشکی بادوام</li> <li>• خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی</li> <li>• مزایای بینایی</li> <li>• معاینات شنوایی</li> <li>• مراقبت کایروپراکتیک</li> <li>• خدمات پزشکی مربوط به پا</li> </ul> <p>شما معمولاً مراقبت خود را از مراکز داخل شبکه دریافت می‌کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما در صورتی می‌توانید مراقبت را در مکان‌های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می‌کند را، قبول کنند.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مرکز پرستاری یا جامعه مراقبت مداوم بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا زمانیکه آنجا، خدمات مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند).</li> <li>• مرکز پرستاری که همسر شما یا شریک زندگی شما در هنگامیکه بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند.</li> </ul> |
| \$0                        | <p><b>مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)</b></p> <p>برای تعریف مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی، به <b>فصل 12</b> مراجعه کنید.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده‌اند، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی در صورت نیاز پزشکی</li> <li>• خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات مرکز پرستاری تخصصی</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می‌کنید، شامل موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند از قبیل عوامل لخته‌کننده خون</li> <li>• خون، شامل ذخیره سازی و تزریق</li> <li>• ملزومات پزشکی و جراحی ارائه‌شده توسط مراکز پرستاری تخصصی (SNFها)</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی انجام‌شده توسط مراکز پرستاری تخصصی</li> <li>• تصویربرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• وسائلی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• خدمات پزشک/ارائه‌کننده</li> </ul> <p>شما معمولاً مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی را از مراکز داخل شبکه دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاص، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی خارج از شبکه دریافت کنید. شما در صورتی می‌توانید مراقبت را در مکان‌های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می‌کند را، قبول کنند.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک مرکز پرستاری یا مجتمع بازنشستگی با مراقبت مستمر که پیش از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (به شرط آنکه خدمات مرکز پرستاری ارائه دهد)</li> <li>• یک مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می‌کند</li> </ul> <p>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>مراقبت سلامت روان به صورت سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات سلامت روان ارائه شده توسط مراکز زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• روانپزشک یا پزشکی که مجوز ایالتی دارد</li> <li>• روانشناس بالینی</li> <li>• مددکار اجتماعی بالینی (CSW)</li> <li>• متخصص پرستاری بالینی (CNS)</li> <li>• مشاور حرفه‌ای دارای مجوز (LPC)</li> <li>• مشاور خانواده و ازدواج دارای مجوز (LMFT)</li> <li>• پرستار پزشک (پرستار با مجوز درمان NP)</li> <li>• دستیار پزشک (PA)</li> <li>• هر متخصص مراقبت سلامت روان مجاز دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد.</li> </ul> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده‌اند، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات کلینیک</li> <li>• مداوا در طول روز</li> <li>• خدمات توانبخشی روان شناسی</li> <li>• برنامه‌های بستری نیمه‌وقت یا سرپایی شدید</li> <li>• ارزیابی و مداوای سلامت روان به طور فردی و گروهی</li> <li>• آزمایش روان شناسی هنگامی که برای ارزیابی نتیجه سلامت روان بالینی ایجاب نماید</li> <li>• خدمات بیماران سرپایی برای منظورات نظارت بر درمان دارویی</li> <li>• آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل‌های بیماران سرپایی</li> <li>• مشاوره روانپزشکی</li> </ul> <p>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارایه‌کننده شما است.</p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>وقتی در یک برنامه مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) دارای تأییدیه Medicare ثبت نام می کنید، هزینه خدمات مراقبت آسایشگاهی شما و خدمات بخش A و بخش B مرتبط با بیماری شما در مرحله پایانی را Original Medicare، و نه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، پرداخت می کند.</p> <p>\$0 برای خدمات مشاوره آسایشگاهی (فقط یکبار)</p> | <p><b>مراقبت های آسایشگاهی پایان عمر</b></p> <p>اگر ارائه کننده شما و مدیر پزشکی مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) تشخیص دهند که بیماری شما در مرحله پایانی است، حق دارید مراقبت در مرکز مراقبت های آسایشگاهی پایان عمر را انتخاب کنید. این بدان معناست که شما یک بیماری را علاج دارید و انتظار می رود که شش ماه یا کمتر زنده بمانید. شما می توانید از هر برنامه مراقبت های آسایشگاهی پایان عمر مورد تأیید Medicare، مراقبت دریافت کنید. طرح ما موظف است به شما در یافتن برنامه های مراقبت های آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) دارای تأییدیه Medicare در محدوده خدمات طرح، از جمله برنامه هایی که ما مالک آن ها هستیم، آن ها را کنترل می کنیم یا در آن ها منافع مالی داریم، کمک کند. پزشک مراقبت های آسایشگاهی شما می تواند یک ارائه دهنده داخل شبکه یا خارج از شبکه باشد.</p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهایی برای مداوای علائم بیماری و درد</li> <li>• مراقبت موقت کوتاه مدت (برای استراحت مراقب)</li> <li>• مراقبت در منزل</li> </ul> <p>وقتی در برنامه مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) پذیرش می شوید، حق دارید در طرح بیمه ما باقی بمانید.</p> <p><b>برای خدمات مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) و خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B هستند و به مرحله پایانی بیماری شما مربوط می شوند، صورتحساب به Medicare ارسال می شود:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare (به جای طرح ما) هزینه خدمات مراقبت های آسایشگاهی پایان عمر و هرگونه خدمات بخش A یا B مرتبط با بیماری را علاج شما را به ارائه دهنده خدمات مراقبت های آسایشگاهی پایان عمر پرداخت خواهد کرد. در طول مدت حضور شما در برنامه مراقبت های آسایشگاهی پایان عمر، ارائه دهنده این خدمات صورتحساب خدماتی را که Original Medicare هزینه آن ها را پرداخت می کند، به Original Medicare ارسال خواهد کرد.</li> </ul> <p><b>برای خدمات تحت پوشش طرح بیمه ما که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیست:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طرح بیمه ما، خدماتی را که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند، پوشش خواهد داد. ما این خدمات را علیرغم اینکه به مرحله پایانی بیماری را علاج شما مربوط باشند یا نباشند پوشش می دهیم. شما هیچ هزینه ای را برای این خدمات پرداخت نمی کنید.</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر (ادامه)</b></p> <p><b>برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای طرح Medicare بخش D باشند:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش هم آسایشگاه پایان عمر و هم طرح بیمه ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به <b>فصل 5</b> این دفترچه اطلاعاتی/عضا مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>توجه:</b> اگر بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید که مراقبت تیمی بیمار و خانواده محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می‌کند. شما ممکن است مراقبت تسکینی را به طور همزمان با مراقبت درمانی/عادی دریافت کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش «مراقبت تسکینی» در زیر مراجعه کنید.</p> <p><b>توجه:</b> اگر به مراقبت‌هایی غیر از مراقبت‌های آسایشگاهی نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و یا خدمات مشتریان تماس بگیرید تا اقدامات لازم برای این خدمات را ترتیب دهد. مراقبت غیر آسایشگاهی، مراقبتی است که به پیش‌آگهی و عواقب بیماری لا علاج شما مرتبط نیست.</p> <p>طرح ما خدمات مشاوره مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر را (فقط یکبار) برای عضوی که دچار بیماری لا علاج است و مزایای مراقبت‌های آسایشگاهی را انتخاب نکرده است، پوشش می‌دهد.</p> <p><i>اجازه قبلی و/یا ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارایه‌کننده شما است.</i></p> |
| \$0                        | <p><b>مراقبت‌های بیمارستانی نظارت بر بیمار سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات بیمارستانی سرپایی را برای تعیین این‌که آیا لازم است به‌عنوان بیمار بستری پذیرش شوید یا می‌توانید ترخیص شوید، پرداخت می‌کنیم.</p> <p>این خدمات باید با معیارهای Medicare مطابقت داشته و منطقی و ضروری تلقی شوند. خدمات نظارت بر بیمار فقط زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند که توسط دستور یک پزشک یا شخص دیگری که طبق قانون ایالتی و آیین‌نامه داخلی کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا تجویز آزمایش‌های سرپایی باشد، ارائه شوند.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>مراقبت‌های بیمارستانی نظارت بر بیمار سرپایی (ادامه)</b></p> <p><b>توجه:</b> جز در مواردی که ارائه‌دهنده دستور کتبی برای پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر، شب در بیمارستان بمانید، ممکن است هنوز «بیمار سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار سرپایی هستید یا نه، از کارکنان بیمارستان سؤال کنید.</p> <p>اطلاعات بیشتر را از برگه اطلاعات Medicare با عنوان <i>مزایای بیمارستانی Medicare</i> که در <a href="https://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> در دسترس است، دریافت کنید.</p> <p><i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و ارائه درخواست آن، تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                            | <p><b>مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن</b></p> <p><b>مواد غذایی و محصولات کشاورزی*</b></p> <p>اگر واجد شرایط شناخته شوید، این طرح برای اعضای مبتلا به برخی بیماری‌های مزمن، مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» را ارائه می‌دهد. مزایا شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما در مجموع از یک کمک‌هزینه فوق‌العاده \$240 در هر سه ماهه برای خرید غذا و محصولات کشاورزی سالم و مقوی (در صورت واجد شرایط بودن)، و همچنین اقلام بدون نسخه (OTC) برخوردار هستید.</li> <li>• شما می‌توانید مواد غذایی و محصولات کشاورزی واجد شرایط را از فروشگاه‌های محلی مشارکت‌کننده خریداری کنید تا به شما در حفظ یک رژیم غذایی سالم و تأمین نیازهای تغذیه‌ای‌تان کمک کند.</li> <li>• این کمک‌هزینه را نمی‌توان با کمک‌هزینه سالانه \$1,500 شما برای خدمات شنوایی که تحت پوشش Medicare نیستند، ترکیب کرد.</li> <li>• این مزایا از اولین روز هر سه‌ماهه (1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر) قابل استفاده است و مبلغ مجاز استفاده‌نشده را نمی‌توان از یک سه‌ماهه به سه‌ماهه بعد منتقل کرد.</li> <li>• پس از استفاده کامل از مبلغ مجاز سه‌ماهه خود، تا آغاز سه‌ماهه بعدی، شما مسئول پرداخت تمام هزینه‌های خریدهای خود خواهید بود.</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (ادامه)</b></p> <p>برای واجد شرایط بودن برای این مزایا (همه اعضا واجد شرایط نخواهند بود)، باید حداقل یکی از بیماری‌های مزمن زیر را داشته باشید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● اختلال مصرف مزمن الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs)</li> <li>● اختلالات خودآیینی: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ پلی‌آرتریت نودوزا</li> <li>○ پلی‌میلژی روماتیسمی</li> <li>○ پلی‌میوزیت</li> <li>○ درماتومیوزیت</li> <li>○ آرتروز مفاصل</li> <li>○ لوپوس اریتماتوز سیستمیک</li> <li>○ آرتروز پسونریز</li> <li>○ اسکروودرما</li> </ul> </li> <li>● سرطان</li> <li>● اختلالات قلب و عروق: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ آریتمی قلبی</li> <li>○ بیماری عروق کرونر</li> <li>○ بیماری عروق محیطی</li> <li>○ بیماری دریچه‌ای قلب</li> </ul> </li> <li>● نارسایی قلبی مزمن</li> <li>● زوال عقل</li> <li>● دیابت شیرین</li> <li>● اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک</li> <li>● بیماری مزمن دستگاه گوارش: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بیماری مزمن کبد</li> <li>○ بیماری کبد چرب غیرالکلی (NAFLD)</li> <li>○ هپاتیت B</li> <li>○ هپاتیت C</li> <li>○ التهاب پانکراس</li> <li>○ سندرم روده تحریک پذیر</li> <li>○ بیماری التهابی روده</li> </ul> </li> <li>● بیماری مزمن کلیه (CKD): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بیماری مزمن کلیه (CKD) نیازمند دیالیز / بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD)</li> <li>○ CKD بدون نیاز به دیالیز</li> </ul> </li> <li>● اختلالات هماتولوژیک شدید: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ کمخونی آپلاستیک</li> <li>○ هموفیلی</li> <li>○ پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی</li> <li>○ سندرم میلودیسپلاستیک</li> <li>○ بیماری کمخونی داسی شکل (به استثنای افراد دارای صفت سلول داسی)</li> <li>○ اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن</li> </ul> </li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV/ایدز</li> <li>• اختلالات ریوی مزمن:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ آسم، برونشیت مزمن</li> <li>○ فیبروز کیستی</li> <li>○ آمفیزم</li> <li>○ فیبروز ریوی</li> <li>○ پرفشاری خون ریوی</li> </ul> </li> <li>• بیماری انسداد مزمن ریه (COPD)</li> <li>• بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ اختلالات دوقطبی</li> <li>○ اختلال افسردگی ماژور</li> <li>○ اختلال بدبینی مفرط (پارانویا)</li> <li>○ اسکیزوفرنی</li> <li>○ اختلال اسکیزوافکتیو</li> <li>○ اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)</li> <li>○ اختلالات غذا خوردن</li> <li>○ اختلالات اضطرابی</li> </ul> </li> <li>• اختلالات عصبی:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)</li> <li>○ صرع</li> <li>○ فلج گسترده (از جمله همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)</li> <li>○ بیماری هانتینگتون</li> <li>○ فلج چندگانه</li> <li>○ بیماری پارکینسون</li> <li>○ پلی‌نوروپاتی</li> <li>○ فیبرومیالژیا</li> <li>○ سندرم خستگی مزمن</li> <li>○ آسیب‌های طناب نخاعی</li> <li>○ تنگی کانال نخاعی</li> <li>○ نارسایی نورولوژی مرتبط با سکته</li> </ul> </li> <li>• سکته</li> <li>• مراقبت پس از پیوند عضو</li> <li>• اختلالات نقص ایمنی و سرکوب‌کننده سیستم ایمنی</li> <li>• بیماری‌های مرتبط با اختلال شناختی:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بیماری آلزایمر</li> <li>○ ناتوانی‌های ذهنی و ناتوانی‌های رشدی</li> <li>○ آسیب‌های ناشی از ضربه مغزی</li> <li>○ بیماری روانی ناتوان‌کننده همراه با اختلال شناختی</li> <li>○ اختلال شناختی خفیف</li> </ul> </li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شرایط مرتبط با چالش‌های عملکردی و نیاز به خدمات مشابه از جمله موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ آسیب‌های طناب نخاعی</li> <li>○ فلج</li> <li>○ قطع عضو</li> <li>○ سکته</li> <li>○ آرتروز</li> </ul> </li> <li>• بیماری‌های مزمنی که منجر به اختلال بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی می‌شوند</li> <li>• شرایطی که نیازمند ادامه خدمات درمانی هستند تا فرد بتواند عملکرد طبیعی خود را حفظ یا بازیابی کند</li> </ul> <p>این طرح برای تعیین واجد شرایط بودن شما برای مزایای مواد غذایی و محصولات کشاورزی، از اطلاعات پزشکتان استفاده می‌کند یا از پزشکتان می‌خواهد تأییدیه‌ای امضا شده درباره بیماری یا بیماری‌های مزمن شما ارائه دهد.</p> <p>شما همراه با کارت Flex Card خود، یک کتابچه «راهنمای اعضا» از طریق پست دریافت خواهید کرد. Flex Card یک کارت پرداخت است که مبالغ کمک‌هزینه واجد شرایط، از پیش روی آن بارگذاری شده‌اند تا به پرداخت مزایای تحت پوشش کمک کنند. کتابچه «راهنمای اعضا» شما کمک هزینه‌های قابل دسترسی که از قبل در Flex Card شما واریز شده‌اند را، توضیح می‌دهد و همچنین مشخص می‌کند برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای تحت پوشش خود و نحوه مدیریت حسابتان به کجا مراجعه کنید.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مزایا، با شماره 1-877-429-3245 [TTY: 711]، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت پسیفیک (PT)، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت <a href="https://bscaflexbenefits.com">bscaflexbenefits.com</a> مراجعه کنید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> |
| \$0                        | <p><b>معاینات تشخیص سرطان پروستات</b></p> <p>برای مردان 50 ساله و بالاتر، ما هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه دیجیتال راست روده</li> <li>• آزمایش آنتی‌ژن اختصاصی پروستات (prostate specific antigen, PSA)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>معاینه بدنی سالانه*</b></p> <p>شما برای یک معاینه بدنی سالیانه روتین در هر 12 ماه، علاوه بر ویزیت تندرستی سالیانه خود پوشش دارید. این ویزیت شامل بررسی جامع سابقه خانوادگی و پزشکی شما، ارزیابی دقیق از سر تا پا و دیگر خدمات و توصیه‌های مقتضی است.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| \$0                        | <p><b>معاینه پیشگیری از بیماری با نام "به Medicare خوش آمدید"</b></p> <p>ما هزینه یکبار معاینه پیشگیری از بیماری "به Medicare خوش آمدید" را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی وضعیت سلامتی شما،</li> <li>• آموزش و مشاوره درباره خدمات پیشگیرانه مورد نیاز شما (از جمله غربالگری‌ها و تزریقات (یا واکسن‌ها))، و</li> <li>• ارجاع برای سایر خدمات مراقبتی در صورتی که به آن نیاز داشته باشید.</li> </ul> <p><b>توجه:</b> ما تنها در طول 12 ماه اولی که شما Medicare بخش B دارید، هزینه ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» را پوشش می‌دهیم. هنگامی که برای ویزیت وقت می‌گیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» وقت بگیرید.</p> |
| \$0                        | <p><b>معاینه تشخیص افسردگی</b></p> <p>ما هزینه یک معاینه تشخیص افسردگی را در هر سال پرداخت می‌کنیم. این معاینه تشخیصی باید در یک محیط مراقبت‌های درمانی اصلی انجام شود که بتواند مداوا و یا ارجاعات بعدی را ارائه کند.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| \$0                        | <p><b>معاینه تشخیص آنوریسم آنورت شکمی</b></p> <p>ما هزینه یکبار انجام معاینه تشخیصی اولتراسوند برای اشخاص در معرض خطر را پرداخت می‌کنیم. طرح بیمه ما، غربالگری را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که عوامل خطر خاصی داشته باشید و برای انجام آن از پزشک، دستیار پزشک (PA)، پرستار پزشک (پرستار با مجوز درمان NP) یا پرستار متخصص بالینی (CNS) نامه ارجاع دریافت کنید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <p><b>معاینه تشخیص دیابت</b> </p> <p>ما هزینه این معاینه غربالگری (شامل آزمایشات گلوکز ناشتا) را در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما مبتلا به یکی از عوامل مخاطره‌آمیز زیر باشید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فشار خون بالا (هایپرتانسیون)</li> <li>تاریخچه میزان غیر عادی کلسترول و تری گلیسیرید (دیس‌لیپیدمی)</li> <li>چاقی</li> <li>سابقه قند خون (گلوکز) بالا</li> </ul> <p>آزمایش‌ها ممکن است در برخی موارد دیگر نیز تحت پوشش قرار گیرند، مانند زمانی که اضافه وزن دارید و سابقه خانوادگی دیابت وجود دارد.</p> <p>شما ممکن است برای حداکثر دو معاینه تشخیص دیابت در هر 12 ماه، پس از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت، واجد شرایط باشید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| \$0                        | <p><b>معاینه تشخیص سرطان کولورکتال</b> </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>کولونوسکوپی هیچ محدودیت حداقل یا حداکثر سنی ندارد و برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند، هر 120 ماه (ده سال) یکبار، یا برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ و مقعد نیستند، 48 ماه پس از سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی، و برای بیماران در معرض خطر بالا، هر 24 ماه یکبار پس از کولونوسکوپی غربالگری قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرد.</li> <li>سی‌تی‌کولونوگرافی برای بیماران 45 ساله و بالاتر که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ و مقعد نیستند، زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرد که حداقل 59 ماه از ماه انجام آخرین سی‌تی‌کولونوگرافی غربالگری گذشته باشد، یا 47 ماه از ماه انجام آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا کولونوسکوپی غربالگری گذشته باشد. برای بیماران در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ و مقعد، در صورتی که از ماه انجام آخرین کولونوگرافی غربالگری یا توموگرافی کامپیوتری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری حداقل 23 ماه گذشته باشد، هزینه کولونوگرافی غربالگری با توموگرافی کامپیوتری قابل پرداخت است.</li> <li>سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. یکبار هر 120 ماه برای بیماران غیرپرخطر پس از انجام کولونوسکوپی غربالگری. یکبار هر 48 ماه برای بیماران پرخطر پس از انجام آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا سی‌تی‌کولونوگرافی.</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>معاینه تشخیص سرطان کولورکتال (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. یکبار در هر 12 ماه.</li> <li>• آزمایش DNA مدفوع چندمنظوره برای بیماران 45 تا 85 سالی که معیار شرایط پرخطر را ندارند. یکبار در هر سه سال.</li> <li>• آزمایش‌های نشانگر زیستی مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 ساله که معیار شرایط پرخطر را ندارند. یکبار در هر سه سال.</li> <li>• آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد شامل کولونوسکوپی غربالگری نیز می‌شود که در پی مثبت شدن نتیجه یک آزمایش غیرتهاجمی مبتنی بر مدفوع برای غربالگری سرطان کولورکتال که تحت پوشش Medicare است، انجام می‌شود.</li> <li>• آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد شامل سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر غربالگری برنامه‌ریزی‌شده یا کولونوسکوپی غربالگری است که شامل برداشت بافت یا سایر مواد یا انجام اقدامات دیگر در ارتباط با آن می‌باشد که در همان جلسه بالینی با آزمایش غربالگری انجام می‌گیرد.</li> </ul> <p><i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و ارائه درخواست آن، تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i></p> |
| \$0                        | <p><b>معاینه تشخیص و مشاوره برای عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی (STI)</b></p> <p>ما هزینه معاینه تشخیص کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هیاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این معاینات تشخیصی برای زنان باردار و برخی اشخاصی که در معرض افزایش خطر STI قرار دارند، تحت پوشش می‌باشند. ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی باید این آزمایشات را تجویز کند. ما هزینه این آزمایشات را هر 12 ماه یا در زمان‌های خاص در طول بارداری پوشش می‌دهیم.</p> <p>ما هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره رو در روی رفتاری با شدت زیاد را نیز برای بزرگسالان فعال جنسی که در معرض افزایش خطر STI هستند پوشش می‌دهیم. هر جلسه ممکن است 20 تا 30 دقیقه طول بکشد. ما تنها زمانی هزینه این جلسات مشورتی را پرداخت می‌کنیم که آنها توسط یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی ارائه شده باشند. این جلسات باید در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اصلی از قبیل مطب پزشک باشند.</p>                                                                                                                                                                                                                               |



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        |  <p><b>معاینه تشخیص و مشاوره سوء مصرف الکل</b></p> <p>ما هزینه یک غربالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را برای بزرگسالانی که الکل را به طور نادرست مصرف می کنند اما وابسته به الکل نیستند، پرداخت می کنیم. این موضوع شامل زنان باردار، می شود.</p> <p>اگر معاینه تشخیصی شما برای سوء مصرف از الکل مثبت باشد، می توانید حداکثر چهار جلسه مشاوره رو در رو در هر سال را با ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی (PCP) یا پزشک مجرب در مرکز مراقبت های اولیه دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هوشیار باشید).</p>                                                                                                                |
| \$0                        |  <p><b>معاینه تشخیصی HIV</b></p> <p>ما هزینه یک معاینه تشخیصی HIV را در هر 12 ماه برای اشخاص زیر پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای آزمایش معاینه تشخیصی HIV درخواست کنند، یا</li> <li>• در معرض افزایش خطر ابتلا به HIV باشند.</li> </ul> <p>اگر باردار باشید، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول بارداری پرداخت می کنیم.</p> <p>ما همچنین هزینه معاینه تشخیصی HIV در صورت توصیه توسط ارائه کننده شما را نیز پرداخت می کنیم.</p>                                                                                                                                            |
| \$0                        |  <p><b>معاینه تشخیصی سرطان دهانه رحم و واژن</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای همه زنان: آزمایشات پاپ اسمیر و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه</li> <li>• برای زنانی که در معرض افزایش خطر سرطان دهانه رحم یا واژن قرار دارند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه</li> <li>• برای زنانی که یک آزمایش پاپ اسمیر غیرعادی در سه سال گذشته داشته اند و در سن بچه دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه</li> <li>• ویژه زنان 30 تا 65 سال: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (human papillomavirus, HPV) یا آزمایش Pap به همراه HPV، یکبار در هر پنج سال</li> </ul> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        |  <p><b>معاینه تشخیصی و درمان چاقی برای وزن کم کردن</b></p> <p>اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه مشاوره برای کمک در وزن کم کردن شما را پرداخت می‌کنیم. شما باید این مشاوره را در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آنرا با برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود صحبت کنید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| \$0                        |  <p><b>معاینه غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی)</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک ماموگرافی پایه در سنین بین 35 و 39 سال</li> <li>• یک ماموگرافی تشخیصی هر 12 ماه برای زنان 40 ساله و بالاتر</li> <li>• معاینات بالینی پستان هر 24 ماه یکبار</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| \$0                        |  <p><b>معاینه مخصوص عفونت ویروس هپاتیت C</b></p> <p>ما یکبار هزینه غربالگری هپاتیت C را پرداخت می‌کنیم، مشروط بر این‌که پزشک مراقبت اولیه یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی واجد شرایط آن را تجویز کنند و شما یکی از شرایط زیر را داشته باشید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در معرض خطر بالا باشید زیرا از داروهای تزریقی غیرمجاز استفاده می‌کنید یا قبلاً استفاده کرده‌اید.</li> <li>• پیش از سال 1992 انتقال خون داشته باشید.</li> <li>• بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده باشید.</li> </ul> <p>اگر بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید و در معرض خطر بالا محسوب نمی‌شوید، هزینه یکبار غربالگری پرداخت می‌شود. اگر در معرض خطر بالا باشید (برای مثال، از زمان آخرین آزمایش غربالگری منفی هپاتیت C همچنان از داروهای تزریقی غیرمجاز استفاده کرده باشید)، ما هزینه غربالگری سالانه را پرداخت می‌کنیم.</p> |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \$0                        | <div data-bbox="1344 279 1385 321"></div> <p><b>واکسیناسیون</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• واکسن ذات‌الریه</li> <li>• واکسن flu/آنفلوانزا، یکبار در هر فصل شیوع آنفلوانزا در پاییز و زمستان، با واکسن آنفلوانزای اضافی در صورت ضرورت پزشکی</li> <li>• واکسن‌های هیپاتیت B، در صورتی که شما هرگز یک دوره کامل واکسیناسیون را دریافت نکرده باشید، از سابقه واکسیناسیون خود اطلاعی نداشته باشید، یا بیماری دیگری داشته باشید که شما را در معرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هیپاتیت B قرار دهد</li> <li>• واکسن COVID-19</li> <li>• واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)</li> <li>• سایر واکسن‌ها در صورتی که در معرض خطر باشید و مقررات پوشش Medicare بخش B را برآورده کنید.</li> </ul> <p>ما هزینه سایر واکسن‌هایی که مقررات پوشش Medicare بخش D را برآورده می‌کنند، پرداخت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 6 این دفترچه اطلاعاتی/عضوا مراجعه کنید.</p> <p>همچنین ما هزینه همه واکسن‌های بزرگسالان را طبق توصیه کمیته مشورتی روش‌های ایمن‌سازی (visory Committee on Immunization Practices, ACIP) پرداخت می‌کنیم.</p> |
| \$0                        | <p><b>وسایل پروتز و ارتز و لوازم مربوطه</b></p> <p>پروتزها، تمام یا بخشی از یک عضو بدن یا عملکرد آن را جایگزین می‌کنند. این خدمات شامل موارد زیر است، ولی به آنها محدود نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آزمایش، جاگذاری یا آموزش استفاده از وسایل پروتز و ارتوتیک</li> <li>• کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی</li> <li>• تغذیه روده‌ای و فراروده‌ای، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و اداپتور، محلول، و لوازم تزریق‌های شخصی</li> <li>• ضربان ساز</li> </ul> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مبلغی که شما باید بپردازید | خدمات تحت پوشش                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <p><b>وسایل پروتز و ارتز و لوازم مربوطه (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ساپورت</li> <li>• کفش پروتزی</li> <li>• دست و پای مصنوعی</li> <li>• پروتزهای پستان (از جمله سوتین جراحی پس از ماستکتومی)</li> <li>• پروتز جهت جایگزینی همه قسمت‌های یک بخش بیرونی صورت که به علت بیماری، مصدومیت یا نقص مادرزادی برداشته شده یا معیوب شده است</li> <li>• کرم و پوشک بی‌اختیاری ادرار و مدفوع</li> </ul> <p>ما هزینه برخی لوازم مربوط به پروتز و ارتوتیک را پرداخت می‌کنیم. ما هزینه تعمیر یا تعویض پروتز و ارتوتیک را نیز پرداخت می‌کنیم.</p> <p>ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای جزئیات، به «مراقبت بینایی» در این جدول مراجعه کنید.</p> <p><i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i></p> |
| \$0                        | <p><b>ویزیت تندرستی سالانه</b></p> <p>شما می‌توانید یک معاینه چکاپ سالانه را دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی برنامه پیشگیری براساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می‌باشد. ما هزینه این معاینه را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کنیم.</p> <p><b>توجه:</b> اولین ویزیت تندرستی سالیانه شما نمی‌تواند در طول 12 ماه بعد از زمان ویزیت <b>خوش‌آمدگویی به Medicare</b> شما باشد. با این حال، برای دریافت ویزیت‌های سالانه تندرستی پس از اینکه به مدت 12 ماه تحت پوشش بخش B بوده‌اید، لازم نیست قبلاً ویزیت <b>خوش‌آمدگویی به Medicare</b> را انجام داده باشید.</p>                                                                                                                                                                                                                                      |
| \$0                        | <p><b>ویزیت کاهش خطر بیماری قلبی عروقی (درمان بیماری قلبی)</b></p> <p>ما هزینه یک ویزیت در سال یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی را با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) می‌دهیم تا به کاهش خطر بیماری قلبی برای شما کمک شود. در طول ویزیت، پزشک شما ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• درباره استفاده از آسپرین صحبت کند،</li> <li>• فشار خون شما را کنترل کند، و/یا</li> <li>• به شما راهنمایی‌هایی را ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می‌خورید.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## E. جدول روال‌های تحت پوشش مزایای دندانپزشکی

### جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی

مزایای دندانپزشکی برای همه اعضا در این طرح درمانی گنجانده شده است و برخی از اقدامات دندانپزشکی جامع را پوشش می‌دهد.

**جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی** زیر اقدامات دندانپزشکی خاصی را نشان می‌دهد که بدون هیچ هزینه‌ای برای شما تحت پوشش طرح بیمه هستند. خدمات ذکر شده در صورت ارائه شدن توسط یک دندانپزشک دارای مجوز درون شبکه، و در صورتی که طبق استانداردهای پذیرفته شده عمومی تخصص دندانپزشکی، لازم و مرسوم باشد، جزو مزایای تحت پوشش هستند.

**مهم:** لطفاً توجه داشته باشید که روال‌هایی که در لیست ذکر نشده‌اند، تحت پوشش نیستند.

**مهم:** برخی خدمات دندانپزشکی تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند (که «موارد استثنا» نیز نامیده می‌شوند) و برخی خدمات دندانپزشکی فقط تحت شرایط خاصی پوشش داده می‌شوند (که «محدودیت‌ها» نیز نامیده می‌شوند). لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به ستون «محدودیت‌های کلی» در **جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی** در زیر و به قسمت «استثنای کلی» که پس از **جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی** فهرست شده است، مراجعه کنید.

**مهم:** هر محدودیت دفعات ذکر شده در ستون «محدودیت‌های عمومی» **جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی** زیر که در آن مشخص نشده باشد محدودیت بر اساس سال برنامه است یا در طول عمر، بر اساس آخرین تاریخ دریافت خدمات محاسبه می‌شود. برای مثال، محدودیت 1 در هر 6 ماه به این معنی است که شما می‌توانید خدمات ذکر شده را هر شش ماه از تاریخ دریافت همان خدمات دریافت کنید. بنابراین اگر اولین خدمات خود را در 1 ژانویه دریافت کنید، دوباره در 1 جولای برای آن خدمات واجد شرایط خواهید بود. اگر اولین خدمات خود را در 1 جولای دریافت کنید، تا 1 ژانویه سال طرح بیمه بعدی واجد شرایط آن خدمات نخواهید بود. خدمات بدون محدودیت دفعات، در صورت لزوم نامحدود و طبق استانداردهای پذیرفته شده عمومی دندانپزشکی هستند.

خدمات با ذکر کد روال درمانی انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA) بر اساس اصطلاحات فعلی دندانپزشکی فهرست شده است. قانون فدرال استفاده از کد ADA را برای گزارش اقدامات دندانپزشکی الزامی کرده است. کدهای روال درمانی ممکن است هر از گاهی توسط ADA بازنگری شود. بنابراین، طرح درمانی ممکن است این فهرست کد را مطابق قانون مورد بازنگری قرار دهد. برای دریافت فهرست به‌روز کدهای ADA، می‌توانید با بخش خدمات مشتریان مدیر برنامه دندانپزشکی (Dental Plan Administrator, DPA) به شماره [711] TTY: 1-866-247-2486، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل)، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری تماس بگیرید.

| کد ADA                              | شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما     | مبلغی که شما باید بپردازید | محدودیت‌های عمومی                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| <b>معاینات دهان</b>                 |                                     |                            |                                       |
| D0140                               | ارزیابی محدود دهان – متمرکز بر مشکل | \$0                        | 1 مورد در هر سال تقویمی               |
| <b>سایر خدمات دندانپزشکی تشخیصی</b> |                                     |                            |                                       |
| D0190                               | معاینات غربالگری بیمار              | \$0                        | 1 مورد (D0190 یا D0191) هر سال تقویمی |
| D0191                               | ارزیابی وضعیت بیمار                 | \$0                        | 1 مورد (D0190 یا D0191) هر سال تقویمی |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| کد ADA              | شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما                                                                                     | مبلغی که شما باید بپردازید | محدودیت‌های عمومی                                               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| D0364               | تصویربرداری و تفسیر CT با پرتو مخروطی با میدان دید محدود – کمتر از یک فک کامل                                       | \$0                        | 1 مورد (D0364)،<br>D0365، D0366 یا (D0367)<br>هر سال تقویمی     |
| D0365               | تصویربرداری و تفسیر CT با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندانی – فک پایین                                    | \$0                        | 1 مورد (D0364)،<br>D0366، D0367 یا (D0368)<br>هر سال تقویمی     |
| D0366               | تصویربرداری و تفسیر CT با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندانی – فک بالا، با یا بدون جمجمه                   | \$0                        | 1 مورد (D0364)،<br>D0366، D0367 یا (D0368)<br>هر سال تقویمی     |
| D0367               | تصویربرداری و تفسیر CT با پرتو مخروطی با میدان دید هر دو فک، با یا بدون جمجمه                                       | \$0                        | 1 مورد (D0364)،<br>D0366، D0367 یا (D0368)<br>هر سال تقویمی     |
| D0368               | تصویربرداری و تفسیر CT با پرتو مخروطی برای مجموعه تصاویر مفصل گیجگاهی-فکی (TMJ)، شامل دو یا چند تصویربرداری         | \$0                        | 1 مورد (D0364)،<br>D0366، D0367 یا (D0368)<br>هر سال تقویمی     |
| D0380               | تصویربرداری CT با پرتو مخروطی با میدان دید محدود – کمتر از یک فک کامل                                               | \$0                        | در هزینه خدمت تکمیل‌شده لحاظ شده است.                           |
| D0381               | تصویربرداری CT با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندانی – فک پایین                                            | \$0                        | در هزینه خدمت تکمیل‌شده لحاظ شده است.                           |
| D0382               | تصویربرداری CT با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندانی – فک بالا، با یا بدون جمجمه                           | \$0                        | در هزینه خدمت تکمیل‌شده لحاظ شده است.                           |
| D0383               | تصویربرداری CT با پرتو مخروطی با میدان دید هر دو فک، با یا بدون جمجمه                                               | \$0                        | در هزینه خدمت تکمیل‌شده لحاظ شده است.                           |
| <b>خدمات ترمیمی</b> |                                                                                                                     |                            |                                                                 |
| D2720               | روکش دندان - رزین با درصد بالای فلزات نجیب                                                                          | \$0                        | 2 مورد در هر سال تقویمی                                         |
| D2722               | روکش دندان - رزین با فلزات نجیب                                                                                     | \$0                        | 2 مورد در هر سال تقویمی                                         |
| D2750               | روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا                                                               | \$0                        | 2 مورد در هر سال تقویمی                                         |
| D2752               | روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب                                                                            | \$0                        | 2 مورد در هر سال تقویمی                                         |
| D2790               | روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب با درصد بالا                                                      | \$0                        | 2 مورد در هر سال تقویمی                                         |
| D2792               | روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب                                                                   | \$0                        | 2 مورد در هر سال تقویمی                                         |
| <b>پریودنتیکس</b>   |                                                                                                                     |                            |                                                                 |
| D4240               | جراحی فلپ لثه، شامل صاف کردن ریشه - چهار یا تعداد بیشتری دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک | \$0                        | 1 مورد (D4240 یا D4241)<br>به‌ازای هر ربع دهان، هر 3 سال تقویمی |
| D4241               | جراحی فلپ لثه، شامل صاف کردن ریشه - یک تا سه دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک             | \$0                        | 1 مورد (D4240 یا D4241)<br>به‌ازای هر ربع دهان، هر 3 سال تقویمی |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| کد ADA                        | شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما                                                                                        | مبلغی که شما باید بپردازید | محدودیت‌های عمومی                                                           |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| D4263                         | پیوند جایگزینی استخوان - حفظ دندان طبیعی - اولین محل در هر ربع فک                                                      | \$0                        | 1 مورد برای هر دندان، هر 3 سال تقویمی                                       |
| D4264                         | پیوند جایگزینی استخوان - حفظ دندان طبیعی - هر محل اضافی در ربع فک                                                      | \$0                        | 1 مورد برای هر دندان، هر 3 سال تقویمی                                       |
| D4266                         | بازسازی هدایت‌شده بافت، دندان‌های طبیعی - ممبران قابل جذب دندانپزشکی، به‌ازای هر محل                                   | \$0                        | 1 مورد (D4266 یا D4267) برای هر دندان، هر 3 سال تقویمی                      |
| D4267                         | بازسازی هدایت‌شده بافت، دندان‌های طبیعی - ممبران غیر قابل جذب دندانپزشکی، به‌ازای هر محل                               | \$0                        | 1 مورد (D4266 یا D4267) برای هر دندان، هر 3 سال تقویمی                      |
| <b>پروتزهای دندانی، متحرک</b> |                                                                                                                        |                            |                                                                             |
| D5221                         | پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه رزینی (شامل قطعات نگهدارنده/قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)                          | \$0                        | 1 مورد (D5221)، D5222، D5225 یا (D5227 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5222                         | پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه رزینی (شامل مواد نگهدارنده/قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)                          | \$0                        | 1 مورد (D5222)، D5224، D5226 یا (D5228 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5223                         | پروتز پارسیل فوری فک بالا - بدنه داخلی فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)  | \$0                        | 1 مورد (D5221)، D5222، D5225 یا (D5227 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5224                         | پروتز پارسیل فوری فک پایین - بدنه داخلی فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) | \$0                        | 1 مورد (D5222)، D5224، D5226 یا (D5228 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5225                         | پروتز پارسیل فک بالا - پایه انعطاف‌پذیر (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)                          | \$0                        | 1 مورد (D5221)، D5222، D5225 یا (D5227 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5226                         | پروتز پارسیل فک پایین - پایه انعطاف‌پذیر (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)                         | \$0                        | 1 مورد (D5222)، D5224، D5226 یا (D5228 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5227                         | پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه انعطاف‌پذیر (شامل قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)                                    | \$0                        | 1 مورد (D5221)، D5222، D5225 یا (D5227 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5228                         | پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه انعطاف‌پذیر (شامل قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)                                   | \$0                        | 1 مورد (D5222)، D5224، D5226 یا (D5228 هر 5 سال تقویمی)                     |
| D5670                         | تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک بالا)                                                   | \$0                        | 1 مورد در هر 6 ماه                                                          |
| D5671                         | تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک پایین)                                                  | \$0                        | 1 مورد در هر 6 ماه                                                          |
| D5710                         | تغییر پایه پروتز کامل فک بالا                                                                                          | \$0                        | 1 مورد در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود) |
| D5711                         | تغییر پایه پروتز کامل فک پایین                                                                                         | \$0                        | 1 مورد در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود) |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| کد ADA                        | شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما                           | مبلغی که شما باید بپردازید | محدودیت‌های عمومی                                                                                                    |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D5720                         | تغییر پایه پروتز پارسیل فک بالا                           | \$0                        | 1 مورد در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)                                          |
| D5721                         | تغییر پایه پروتز پارسیل فک پایین                          | \$0                        | 1 مورد در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)                                          |
| <b>پروتزهای دندان، ثابت</b>   |                                                           |                            |                                                                                                                      |
| D6240                         | پونتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا         | \$0                        | 1 مورد در هر دندان در هر 5 سال تقویمی                                                                                |
| D6242                         | پونتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب                      | \$0                        | 1 مورد در هر دندان در هر 5 سال تقویمی                                                                                |
| D6250                         | پونتیک - رزین با درصد بالای فلزات نجیب                    | \$0                        | 1 مورد در هر دندان در هر 5 سال تقویمی                                                                                |
| D6252                         | پونتیک - رزین با فلزات نجیب                               | \$0                        | 1 مورد در هر دندان در هر 5 سال تقویمی                                                                                |
| D6750                         | روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا | \$0                        | 1 مورد در هر دندان در هر 5 سال تقویمی                                                                                |
| D6752                         | روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب              | \$0                        | 1 مورد در هر دندان در هر 5 سال تقویمی                                                                                |
| <b>جراحی دهان و فک و صورت</b> |                                                           |                            |                                                                                                                      |
| D7953                         | پیوند جایگزینی استخوان برای حفظ ریح - به ازای هر محل      | \$0                        | 1 مورد برای هر محل در طول عمر<br><br>D7953 در صورتی جزو مزایا است که همزمان با کاشت ایمپلنت یا کشیدن دندان انجام شود |
| <b>خدمات عمومی تکمیلی</b>     |                                                           |                            |                                                                                                                      |
| D9211                         | بی‌حسی بلوک شاخه عصب ناحیه‌ای                             | \$0                        | جداگانه قابل پرداخت نیست. در هزینه خدمت تکمیل‌شده لحاظ شده است.                                                      |
| D9212                         | بی‌حسی بلوک شاخه عصب سه‌قلو                               | \$0                        | جداگانه قابل پرداخت نیست. در هزینه خدمت تکمیل‌شده لحاظ شده است.                                                      |
| D9215                         | بی‌حسی موضعی همراه با اقدامات درمانی یا جراحی             | \$0                        | جداگانه قابل پرداخت نیست. در هزینه خدمت تکمیل‌شده لحاظ شده است.                                                      |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**توجه:** مبالغ ذکر شده در فهرست سهم هزینه عضو فقط زمانی اعمال می‌شود که خدمات دندانپزشکی را از یک دندانپزشک درون شبکه دریافت کنید.

**توجه:** از آنجایی که Blue Shield هر سال با Medicare قرارداد منعقد می‌کند، ممکن است این مزایای دندانپزشکی در سال آینده در دسترس نباشند.

## دریافت مراقبت دندانپزشکی

### مقدمه

طرح بیمه دندانپزشکی Blue Shield of California توسط یک نهاد طرف قرارداد «مدیریت‌کننده برنامه دندانپزشکی» (Dental Plan Administrator, DPA) اداره می‌شود؛ این نهاد با Blue Shield of California قرارداد دارد تا ارائه خدمات دندانپزشکی را از طریق شبکه‌ای از دندانپزشکان طرف قرارداد مدیریت کند. اگر درباره اطلاعات این بخش دندانپزشکی سوالی دارید، به کمک نیاز دارید یا با مشکلی مواجه شده‌اید، می‌توانید با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره **1-866-247-2486 [TTY: 711]**، از 8 a.m. تا 8 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل)، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری تماس بگیرید.

## قبل از دریافت خدمات دندانپزشکی

شما مسئول هستید که اطمینان حاصل کنید دندانپزشکی که انتخاب می‌کنید عضو دندانپزشکان شبکه باشد.

این طرح درمان دندانپزشکی فقط درون شبکه است و برای خدمات دندانپزشکان خارج از شبکه مزایایی پرداخت نمی‌کند. خدماتی که از دندانپزشکان خارج از شبکه دریافت می‌شود، تحت پوشش قرار نخواهد گرفت. هنگامی که خدماتی را از یک دندانپزشک خارج از شبکه دریافت می‌کنید، مسئولیت پرداخت مستقیم کل مبلغی که توسط دندانپزشک صورتحساب می‌شود، بر عهده شما خواهد بود.

**توجه:** وضعیت دندانپزشکان شبکه ممکن است تغییر کند. در صورتی که در لیست دندانپزشکان قراردادی تغییری ایجاد شده باشد، شما مسئول بررسی این هستید که آیا دندانپزشک شما همچنان عضو دندانپزشکان شبکه است یا خیر. شما می‌توانید فهرست دندانپزشکان داخل شبکه در منطقه خود را با تماس با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره **1-866-247-2486 [TTY: 711]**، از 8 a.m. تا 8 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل)، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری دریافت کنید.

## ملاقات با دندانپزشک

مدت کوتاهی پس از ثبت‌نام، یک بسته عضویت از طرف DPA دریافت خواهید کرد که تاریخ اجرای مزایای خود و آدرس و شماره تلفن دندانپزشک شبکه یا دندانپزشک مراقبت‌های درمانی اصلی (PCD) را به شما اطلاع می‌دهد. پس از تاریخ اجرا که در بسته عضویت شما مشخص شده، می‌توانید خدمات تحت پوشش مراقبت از دندان را دریافت کنید. برای گرفتن وقت، کافی است با مطب PCD خود تماس بگیرید و اعلام کنید که عضو Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هستید. قرارهای ملاقات اولیه باید ظرف چهار هفته برنامه‌ریزی شود مگر اینکه زمان مشخصی درخواست شده باشد. پرسش‌های مربوط به موجود بودن وقت ملاقات و دسترسی به دندانپزشکان باید با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره **1-866-247-2486 [TTY: 711]**، از 8 a.m. تا 8 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل)، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری مطرح شوند.

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**توجه:** هر عضو باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به PCD اختصاص داده شده خود مراجعه کند، مگر در مواردی که خدمات توسط متخصصی ارائه شده باشد که از قبل به صورت کتبی توسط DPA مجاز شده باشد. هر گونه درمان دیگری که تحت پوشش طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan نباشد.

شما باید برای تمام نیازهای مراقبت از دندان از جمله مشاوره با متخصصان برنامه با PCD خود تماس بگیرید. PCD مسئول ارائه خدمات عمومی مراقبت از دندان و هماهنگی یا برنامه‌ریزی ارجاع به سایر متخصصان موردنیاز طرح است. طرح درمانی باید اجازه چنین ارجاعاتی را صادر کند.

### سهم ثابت عضو

پیش از شروع درمان، دندانپزشک شما، یک برنامه درمانی متناسب با نیازهای فردی‌تان تهیه خواهد کرد. بهتر است قبل از شروع درمان، برنامه درمانی و مسئولیت‌های مالی خود را با دندانپزشک خود در میان بگذارید.

خدمات دندانپزشکی تحت پوشش بدون هیچ هزینه‌ای از سوی یک دندانپزشک شبکه برای شما ارائه می‌شود. اگر تصمیم بگیرید که به یک دندانپزشک خارج از شبکه مراجعه کنید، هیچ مزایایی ارائه نخواهد شد و شما مسئول پرداخت مستقیم کل مبلغی خواهید بود که توسط دندانپزشک صورت‌حساب می‌شود.

اگر برای کسب اطلاعات درباره برنامه درمانی خود به کمک بیشتری نیاز دارید، می‌توانید با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 1-866-247-2486، از 8 a.m. تا 8 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل)، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری تماس بگیرید.

### انتخاب دندانپزشک مراقبت‌های درمانی اصلی

در زمان ثبت نام، باید یک دندانپزشک شبکه را به عنوان PCD خود انتخاب کنید. اگر نتوانید یک دندانپزشک شبکه را انتخاب کنید یا دندانپزشک شبکه انتخاب شده در دسترس نباشد، DPA از شما درخواست می‌کند دندانپزشک شبکه دیگری را انتخاب کنید یا شما را به دندانپزشک شبکه دیگری اختصاص می‌دهد. شما می‌توانید با تماس با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 1-866-247-2486، از 8 a.m. تا 8 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل)، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری، دندانپزشک داخل شبکه تعیین‌شده برای خود را تغییر دهید. برای اطمینان از اینکه به دندانپزشک شبکه شما اطلاع داده می‌شود و لیست‌های احراز شرایط DPA صحیح هستند، درخواست تغییر دندانپزشکان شبکه باید قبل از 21 روز ماه انجام شود تا تغییرات در روز اول ماه بعد اعمال شوند.

### اگر دندانپزشک شما دیگر با طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan DPA قرارداد نداشته باشد

اگر دندانپزشک داخل شبکه‌ای که انتخاب کرده‌اید به دلیل ناتوانی در ارائه خدمات یا نقض قرارداد نتواند به همکاری قراردادی خود با DPA ادامه دهد، یا اگر DPA قرارداد را فسخ کرده باشد، DPA حداقل 30 روز تقویمی پیش از تاریخ اجرایی پایان همکاری دندانپزشک به شما اطلاع خواهد داد تا بتوانید دندانپزشک دیگری را از داخل شبکه انتخاب کنید.

اگر DPA به شما اطلاع دهد که نیاز به انتخاب دندانپزشک شبکه دیگری دارید، هزینه‌های تکرار و انتقال عکسبرداری با اشعه ایکس یا سایر سوابق، دریافت نمی‌شود. همچنین، دندانپزشک داخل شبکه‌ای که همکاری‌اش در حال پایان یافتن است، (الف) ساخت پروتز پارسیل یا کامل را که قالب نهایی آن گرفته شده است، و (ب) تمام اقدامات مربوط به هر دندان‌دانی را که کار روی آن آغاز شده است (مانند تحویل روکش پس از آماده‌سازی دندان)، تکمیل خواهد کرد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## مراقبت اورژانسی دندانپزشکی

این طرح هزینه خدمات مراقبت اورژانسی دندانپزشکی را پرداخت نمی‌کند.  
**اخذ نظر ثانویه برای مراقبت‌های درمانی از دندان**

اگر با تشخیص و/یا تصمیم دندانپزشک داخل شبکه خود درباره برنامه درمان موافق نیستید یا درباره آن تردید دارید، می‌توانید درخواست نظر ثانویه کنید. DPA نیز ممکن است از شما بخواهد برای تأیید ضرورت و مناسب بودن درمان دندانپزشکی یا اعمال مزایا، نظر ثانویه دریافت کنید.

نظرات ثانویه توسط یک دندانپزشک دارای مجوز در زمان مناسب و متناسب با ماهیت بیماری شما ارائه خواهد شد. درخواست‌های مربوط به موارد تهدید حتمی و جدی سلامتی تسریع خواهند شد (اجازه در ظرف 72 ساعت از دریافت درخواست، هر زمان که ممکن باشد، تصویب یا رد می‌شود). برای دریافت کمک یا اطلاعات بیشتر درباره مراحل و بازه‌های زمانی تأیید نظر ثانویه با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 1-866-247-2486، از 8 a.m. تا 8 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس، هفت روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل)، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری تماس بگیرید یا به DPA نامه بنویسید.

نظر ثانویه در مطب دندانپزشک دیگری از داخل شبکه ارائه خواهد شد، مگر اینکه DPA ترتیب دیگری را تأیید کرده باشد. اگر دندانپزشک داخل شبکه با صلاحیت مناسب در دسترس نباشد، DPA دریافت نظر ثانویه از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه را تأیید خواهد کرد. DPA فقط برای نظر ثانویه که DPA تأیید یا مجاز کرده باشد، هزینه پرداخت می‌کند. در صورتی که DPA تصمیم بگیرد نظر ثانویه را تأیید نکند، یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال خواهد شد. اگر با این تصمیم موافق نبودید، می‌توانید به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش *روال نارضایتی و درخواست تجدیدنظر* در زیر مراجعه نمایید.

## هماهنگی مزایا

این طرح، بدون توجه به پوشش هر بیمه‌نامه گروهی دیگر یا هر برنامه مزایای سلامت گروهی دیگر، مزایا را ارائه می‌دهد، مشروط بر اینکه بیمه‌نامه یا برنامه دیگر، علاوه بر مراقبت دندانپزشکی، خدمات یا هزینه‌های دیگری را نیز پوشش دهد. در غیر این صورت، مزایایی که تحت این طرح توسط متخصصان یا دندانپزشکان خارج از شبکه ارائه می‌شوند، با مزایای سایر بیمه‌نامه‌های گروهی دندانپزشکی یا برنامه‌های مزایای گروهی دندانپزشکی هماهنگ می‌شوند. تعیین اینکه کدام بیمه‌نامه یا برنامه، پوشش اصلی محسوب می‌شود، تابع قوانین مندرج در قرارداد خواهد بود.

اگر این طرح پوشش بیمه‌ای ثانویه باشد، هر کدام از مبالغ زیر را که کمتر باشد، پرداخت خواهد کرد:

- مبلغی که این طرح در صورت نبود هرگونه پوشش مزایای دندانپزشکی دیگر پرداخت می‌کند؛ یا
- کل هزینه‌ای که عضو باید طبق طرح اصلی مزایای دندانپزشکی از جیب خود بپردازد، مشروط بر اینکه مزایای مربوطه تحت پوشش این طرح باشند.

عضو باید هرگونه اطلاعات مربوط به خود را که برای مدیریت هماهنگی مزایا لازم است، در اختیار DPA قرار دهد و DPA می‌تواند این اطلاعات را در اختیار هر شرکت بیمه یا سازمان دیگری قرار دهد یا از آنها دریافت کند. DPA بنا به صلاحدید خود تعیین خواهد کرد که آیا طبق مقررات هماهنگی مزایای شرح داده‌شده در اینجا، بازپرداخت هرگونه مبلغ به یک شرکت بیمه یا سازمان دیگر موجه است یا خیر، و هر مبلغی که به این ترتیب بازپرداخت شود، مزایای پرداخت‌شده تحت این قرارداد محسوب خواهد شد. DPA با توجه به انتخاب خود، حق بازپرداخت مبالغ هرگونه مزایای پرداخت شده توسط DPA که بیش از تعهدات آن متناسب با مقررات مزایای شرح داده شده در اینجا باشد را از دندانپزشک، عضو، شرکت بیمه یا سایر سازمان‌ها، خواهد داشت.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## رسیدگی به نارضایتی‌ها و تجدیدنظر

تعهد ما به شما این است که نه تنها کیفیت مراقبت، بلکه کیفیت روال درمان را نیز تضمین کنیم. کیفیت درمان، از خدمات حرفه‌ای ارائه‌شده توسط دندانپزشکان داخل شبکه تا برخورد محترمانه نمایندگان تلفنی ما با شما را در بر می‌گیرد. اگر درباره واجد شرایط بودن، رد خدمات یا مطالبات دندانپزشکی، خطمشی‌ها، رویه‌ها یا عملکرد DPA، یا کیفیت خدمات دندانپزشکی ارائه‌شده توسط دندانپزشک داخل شبکه سؤال یا شکایتی دارید، حق دارید نزد طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan شکایت یا درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه تسلیم نارضایتی یا درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** (اگر مشکل یا شکایتی دارید باید چه کار کنید) (تصمیمات پوششی، تجدیدنظرها و شکایات) مراجعه کنید. اگر سؤالی دارید، می‌توانید با DPA به شماره **1-866-247-2486 [TTY: 711]**، از 8 a.m. تا 8 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل)، و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای کاری تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید (شماره‌های تلفن در پشت جلد این سند درج شده است).

## استثنائات عمومی برای طرح HMO دندانپزشکی

- هر اقدامی که به‌طور مشخص در جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی فهرست نشده باشد.
- هر جراحی یا اقدام درمانی که با نظر حرفه‌ای دندانپزشک شبکه:
  - بر مبنای وضعیت دندان یا دندان‌ها و/یا ساختارهای اطراف، پیش‌آگهی ضعیفی برای نتیجه موفق و دوام معقول داشته باشد؛ یا
  - با استانداردهای عمومی پذیرفته‌شده برای دندانپزشکی مطابقت نداشته باشد.
- خدماتی که صرفاً برای اهداف زیبایی یا برای بیماری‌هایی هستند که در نتیجه عیوب مادرزادی یا رشدی می‌باشند، از قبیل شکاف کام، ناهنجاری‌های فک بالا و پایین، دندان‌های از دست رفته به صورت مادرزادی و دندان‌های دچار تغییر رنگ شده یا فاقد مینا باشد.
- لوازم و وسایل گم شده یا دزدیده شده از قبیل پروتزها و روکش‌های کامل یا پارسیل.
- اقدامات، وسایل یا ترمیم‌هایی که هدف آنها تغییر بُعد عمودی یا تشخیص یا درمان اختلالات مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) باشد، مگر اینکه در جدول روال‌های مزایای دندانپزشکی فهرست شده باشند.
- فلزات گران‌بها برای وسایل متحرک، پایه‌های فلزی یا نرم دائمی برای پروتزهای کامل، دندان‌های مصنوعی سرامیکی، اباتمنت‌های ظریف برای پروتزهای پارسیل متحرک یا پروتزهای پارسیل ثابت (اورلی، ایمپلنت و وسایل مرتبط با آنها)، و شخصی‌سازی و مشخصه‌سازی پروتزهای کامل و پارسیل.
- لوازم و متعلقات دندان‌های متکی بر ایمپلنت، قرار دادن ایمپلنت، نگهداری، برداشتن و سایر خدمات مرتبط با ایمپلنت دندان.
- مشاوره در مورد مزایای خارج از پوشش بیمه.
- خدمات دندانپزشکی دریافت شده از هر مطب دندانپزشکی غیر از دندانپزشک شبکه اختصاص داده شده یا متخصص دندانپزشکی از پیش مجاز اعلام شده.
- تمامی هزینه‌های مربوط به پذیرش، استفاده یا اقامت در بیمارستان، مرکز جراحی سرپایی، مرکز مراقبت طولانی‌مدت یا سایر مراکز مراقبتی مشابه.
- داروهای نسخه دار.
- هزینه‌های دندانپزشکی مرتبط با هرگونه اقدام دندانپزشکی که پیش از واجد شرایط شدن عضو برای Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan آغاز شده باشد. به عنوان مثال می‌توان موارد زیر را نام برد: دندان‌های آماده شده برای روکش و پروتزهای کامل یا پارسیل که برای آنها قالب گرفته شده است.
- وسایل و/یا درمان‌های میوفانکشنال و پارافانکشنال.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## F. حمایت‌های جامعه محلی

شما ممکن است تحت برنامه مراقبتی اختصاصی خود، حمایت دریافت کنید. حمایت‌های جامعه محلی، خدمات یا موقعیت‌های جایگزین مناسب از لحاظ پزشکی کمک‌کننده و مقرون به صرفه برای اعضای تحت پوشش «برنامه ایالتی Medi-Cal» هستند. این خدمات برای اعضا اختیاری است. در صورت واجد شرایط بودن، این خدمات می‌توانند به شما کمک کنند تا مستقل‌تر زندگی کنید. این خدمات جایگزین مزایایی نمی‌شوند که همین حالا تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید.

نمونه‌هایی از حمایت‌های اجتماعی که ارائه می‌دهیم شامل غذا و وعده‌های غذایی حمایت‌کننده از نظر پزشکی یا وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی، کمک به شما یا مراقبت‌کننده شما، یا دستگیره‌های کمکی حمام و رمپ است. حمایت‌های جامعه محلی خدمات اختیاری (غیر مزایا) که Blue Shield Promise Health Plan به اعضای واجد شرایط Medi-Cal عرضه می‌کند. این خدمات به اعضای فوق فراتر از خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) پشتیبانی ارایه می‌دهد تا مراقبت و پشتیبانی اعضا را تقویت کند. این خدمات بسته به نیازهای عضو و معیارهای احراز شرایط Blue Shield Promise Health Plan ممکن است فرق داشته باشند. نیاز به اجازه قبلی دارد. Blue Shield Promise Health Plan حمایت‌های اجتماعی را به اعضای واجد شرایط در کانتی‌های لس‌آنجلس و سن‌دیگو ارائه می‌دهد:

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| این به اعضای Medi-Cal در یک فضای غیر آسایشگاهی کمک می‌کند مهارت‌های کمک به خود، معاشرت و سازگاری ضروری برای موفقیت در محیط خانه را کسب کنند.                                                                                                          | برنامه‌های توانبخشی در طول روز                      |
| اعضا در حفظ و ثبات وضعیت اجاره‌نشینی بعد از یافتن مسکن کمک دریافت می‌کنند.                                                                                                                                                                            | خدمات اجاره‌نشینی و حفظ و نگهداری مسکن              |
| استراحت کوتاه مدت و غیرپزشکی از وظایف مراقبتی برای افرادی که از اعضای Medi-Cal مراقبت می‌کنند که نیاز به نظارت موقت متناوب دارند.                                                                                                                     | خدمات استراحت ویژه مراقبین اعضای Medi-Cal           |
| اعضا در اسکان کمک دریافت می‌کنند.                                                                                                                                                                                                                     | خدمات کمک در جابه‌جایی مسکن                         |
| این به اعضا کمک می‌کند در جامعه زندگی کرده و از بستری شدن بیشتر جلوگیری می‌کند.                                                                                                                                                                       | خدمات گذار جامعه محلی/ گذار از مرکز پرستاری به منزل |
| خدمات اعضا در زمینه فعالیت‌های زندگی روزانه (ADLها) مثل استحمام، لباس پوشیدن، توالت رفتن، حرکت، یا تغذیه و خدمات مراقبت شخصی مثل تهیه خوراک، خرید خواربار، و مدیریت پول به اعضایی کمک می‌کند که در غیر این صورت و بدون این حمایت‌ها در خانه می‌مانند. | خدمات مراقبت فردی و خانه‌داری                       |
| تغییرات فیزیکی محیط خانه افراد به منظور اطمینان از سلامت، تندرستی و ایمنی و امکان‌پذیر کردن فعالیت در خانه در مواردی که حمله‌های آسمی حاد ممکن است منجر به بستری یا دریافت خدمات اضطراری شود.                                                         | درمان آسم                                           |
| ایجاد سازگاری‌های فیزیکی در خانه به منظور اطمینان از سلامت، تندرستی و ایمنی فرد و امکان ماندن افرادی که در غیر این صورت باید بستری می‌شدند در خانه خود.                                                                                               | سازگاری‌های دسترسی به محیط (ایجاد تغییرات در منزل)  |
| پشتیبانی تغذیه ویژه اعضا، به ویژه کسانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند در مواقعی که حصول اهداف تغذیه در سالم شدن و سالم ماندن حیاتی است.                                                                                                           | غذای ویژه پزشکی/غذاهای با پشتیبانی پزشکی            |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



|                                                    |                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| گذار از مرکز پرستاری/تغییر به مراکز زندگی با حمایت | این خدمات به اعضا کمک می‌کند در جامعه زندگی کرده و تا حد امکان از بستری شدن بیشتر جلوگیری می‌کند.                                                                                                                      |
| مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)                  | مراقبت مسکونی کوتاه مدت برای افرادی که دیگر نیاز به بستری ندارند، اما هنوز باید از جراحی یا مصدومیت شامل بیماری‌های سلامت روان که ممکن است در یک محیط زندگی ناپایدار بدتر شود، بهبود یابند.                            |
| مراکز ترک اعتیاد                                   | مکان‌های امن و حمایتی برای اعضا جهت سم‌زدایی بدن بعد از مسمومیت الکلی یا مواد مخدر و کمک به افرادی که گرفتار بی‌خانمانی یا وضعیت‌های زندگی ناپایدار شده‌اند و در غیر این صورت به بخش اورژانس یا زندان اعزام خواهند شد. |
| مسکن کوتاه مدت و پس از بستری شدن در بیمارستان      | یک مکان برای اعضای که نیازهای پزشکی یا رفتاری زیادی دارند و نیاز به اقامت جهت بهبود فوری بعد از یک بستری بیمارستانی یا در مرکز اقامتی ندارند.                                                                          |
| ودیه‌های مسکونی                                    | اعضا در یافتن، هماهنگی، تضمین تامین مالی خدمات یکبارہ موردنیاز برای ساماندهی اولیه خانوار کمک دریافت می‌کنند.                                                                                                          |

اگر به کمک نیاز دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری را در مورد حمایت‌های جامعه محلی که ممکن است در اختیار شما باشند کسب نمایید، با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413 یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی خود تماس بگیرید.

#### اطلاعات برای اعضا

- با خدمات اعضای Blue Shield Promise Health Plan در منطقه خود در روزهای هفته بین ساعت 8 a.m. تا ساعت 6 p.m. تماس بگیرید: لس‌آنجلس: با شماره تماس 1-800-605-2556 / سن‌دیگو: با شماره تماس 1-855-699-5557
- با Health Care Options (HCO) به شماره (TTY 800-430-7077) 1-800-430-4263 تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر از اداره خدمات مراقبت سلامت (Department of Health Care Services) بازدید کنید: <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILLOS.aspx>

## G. مزایای تحت پوشش خارج از طرح بیمه درمانی ما

ما خدمات زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهیم، اما این خدمات از طریق برنامه «پرداخت به‌ازای خدمت» Medi-Cal در دسترس هستند.

### G1. برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)

برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT) از سازمان‌های پیشرو محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal که حداقل 60 روز متوالی را در یک مرکز بستری بوده‌اند، استفاده می‌کند تا بتوانند به محیط‌های اجتماعی برگردند و با اطمینان خاطر در آن زندگی کنند. برنامه CCT هزینه خدمات هماهنگی انتقال را در دوره پیش از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال تأمین می‌کند تا به ذینفعان برای بازگشت به محیط زندگی در جامعه کمک کند.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



شما می‌توانید خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه را از هر یک از سازمان‌های اصلی CCT که به کانتی (شهرستانی) که در آن زندگی می‌کنید خدمات‌رسانی می‌کند، دریافت کنید. شما می‌توانید فهرستی از سازمان‌های اصلی CCT و کانتی‌هایی را که به آن خدمات‌رسانی می‌کند، در وبسایت وزارت خدمات مراقبت درمانی پیدا کنید:

[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)

### برای خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه (CCT)

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه را پرداخت می‌کند. شما هیچ هزینه‌ای را برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

### برای خدماتی که با طرح انتقال به جامعه (CCT) شما مرتبط نیستند

ارائه‌کننده هزینه خدمات شما را از ما مطالبه خواهد کرد. طرح ما هزینه خدمات ارائه شده را پس از انتقال شما به جامعه پرداخت می‌کند. شما هیچ هزینه‌ای را برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

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

### تغییری در مزایای پوشش دارویی صورت نگرفته است

برنامه CCT هزینه داروها را پوشش نمی‌دهد. شما همچنان از طریق طرح ما مزایای دارویی معمول خود را دریافت می‌کنید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

**توجه:** اگر به مراقبت‌های انتقال به جامعه غیر CCT نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود تماس بگیرید تا اقدامات لازم برای این خدمات ترتیب داده شود. مراقبت‌های انتقال به جامعه غیر CCT مراقبت‌هایی هستند که مربوط به انتقال شما از یک موسسه یا مرکز نمی‌شوند.

## Medi-Cal Dental .G2

بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند.

اطلاعات بیشتر در وبسایت [SmileCalifornia.org](http://SmileCalifornia.org) موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدماتی مانند موارد زیر است اما محدود به آنها نمی‌شود:

- معاینات اولیه، تصویربرداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری، سیلانت دندان و فلوراید درمانی
- ترمیم و روکش
- مداوای کانال ریشه
- دندان مصنوعی پارسیل و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در Medi-Cal Dental، یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را بپذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m.، برای کمک به شما در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از وبسایت [smilecalifornia.org/](http://smilecalifornia.org/) بازدید کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



در کانتی لس آنجلس، می‌توانید مزایای دندانپزشکی Medi-Cal را از طریق یک برنامه مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی (Dental MCP) دریافت کنید. اگر اطلاعات بیشتری درباره برنامه‌های دندانپزشکی Medi-Cal می‌خواهید یا قصد دارید تغییری ایجاد کنید، با «گزینه‌های مراقبت درمانی» (Health Care Options) به شماره 1-800-430-4263 (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید)، از دوشنبه تا جمعه، از 8 a.m. تا 6 p.m. تماس بگیرید. این تماس رایگان است. تماس‌های DMC نیز در اینجا در دسترس هستند:

[www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx)

[www.hpsm.org/dental](http://www.hpsm.org/dental)

برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش D در «جدول مزایا» مراجعه کنید.

### G3. خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS)

- برنامه IHSS با پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما توسط ارائه دهندگان خدمات مراقبتی ثبت‌نامی، کمک می‌کند تا بتوانید در منزل خود ایمن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه محسوب می‌شود، از قبیل آسایشگاه یا مرکز اقامت و مراقبت.
- برای دریافت خدمات، یک ارزیابی انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده، نوع خدماتی که ممکن است برای او مجاز شناخته شود، تعیین گردد. نوع خدماتی که از طریق IHSS مجاز است شامل نظافت منزل، آماده کردن غذا، شستشوی لباس، خرید خواربار، خدمات مراقبت شخصی (مثل مراقبت ادرار و اجابت مزاج، پیرایش یا خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ویزیت پزشکی، و نظارت محافظت‌کننده برای معلولین ذهنی است.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست IHSS از آژانس خدمات اجتماعی کانتی به شما کمک کند. همچنین می‌توانید برای ارائه درخواست، با دفتر IHSS لس آنجلس به شماره 1-888-944-4477 و دفتر IHSS سن دیگو به شماره 1-800-339-4661 تماس بگیرید.

### G4. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر منزل و جامعه (Home and Community Based Services, HCBS) (Assisted Living Waiver, ALW) 1915(c) معافیت زندگی با کمک

- معافیت‌های زندگی با همیاری (ALW) به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal این امکان را می‌دهد که به عنوان جایگزینی برای اقامت طولانی مدت در یک مرکز پرستاری، در یک محل زندگی با همیاری اقامت داشته باشند. هدف ALW تسهیل انتقال از مرکز پرستاری به یک محیط خانگی و اجتماعی یا جلوگیری از پذیرش در مراکز پرستاری تخصصی برای ذینفعانی است که نیاز فوری به استقرار در مرکز پرستاری دارند.
- اعضای که در ALW ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند همچنان در ALW ثبت نام کنند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگ سازی مراقبت‌های ALW شما همکاری می‌کند تا برای خدماتی که دریافت می‌کنید هماهنگی‌های لازم صورت گیرد.
- ALW در حال حاضر فقط در کانتی‌های زیر در دسترس است: کانتی‌های آلامدا، کنتراکوستا، فرزنو، کرن، لس آنجلس، اورنج، ریورساید، ساکرامنتو، سن برناردینو، سن دیگو، سن فرانسیسکو، سن خواکین، سن ماتئو، سانتا کلارا و سونوما.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست ALW به شما کمک کند. شما می‌توانید آژانس‌های محلی را که می‌توانند مراقبت شما را برای برنامه ALW هماهنگ کنند، در اینجا پیدا کنید:  
[dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf](https://dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf)

### معافیت HCBS برای کالیفرنایی‌های دارای ناتوانی‌های رشدی (HCBS-DD)

#### معافیت برنامه خود تعیینی کالیفرنیا (SDP) برای افراد مبتلا به ناتوانی‌های رشدی

- دو معافیت 1915(c) وجود دارد، HCBS-DD Waiver و SDP Waiver، که خدماتی را به افرادی ارائه می‌دهد که مبتلا به ناتوانی‌های رشدی هستند که از قبل از تولد 18 سالگی فرد شروع می‌شود و انتظار می‌رود تا مدت نامحدود ادامه یابد. هر دوی این معافیت‌ها، راهی برای تأمین هزینه برخی خدمات هستند که به افراد دارای ناتوانی‌های رشدی امکان می‌دهند به‌جای اقامت در یک مرکز سلامت دارای مجوز، در منزل یا در جامعه زندگی کنند. هزینه‌های این خدمات به طور مشترک توسط برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت کالیفرنیا تأمین می‌شود. هماهنگ‌کننده مراقبت‌های درمانی شما، به شما کمک می‌کند تا به خدمات DD Waiver متصل شوید.

#### معافیت خدمات جایگزین بر پایه جامعه و منزل (HCBA)

- معافیت HCBA خدمات مدیریت مراقبت را به افرادی ارائه می‌دهد که در معرض خطر انتقال به خانه سالمندان یا مراکز نگهداری هستند. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک تیم چندرشته‌ای مدیریت مراقبت متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می‌شود. این تیم خدمات «معافیت» و «برنامه ایالتی» (مانند خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات پشتیبانی در منزل و غیره) را هماهنگ می‌کند و سایر خدمات و حمایت‌های بلندمدت موجود در جامعه محلی را ترتیب می‌دهد. خدمات مدیریت مراقبت و خدمات معافیت در محل زندگی فرد شرکت‌کننده و در محیط جامعه، ارائه می‌شوند. این محل سکونت می‌تواند ملک شخصی فرد باشد، از طریق قرارداد اجاره در اختیار او قرار گرفته باشد، یا منزل یکی از اعضای خانواده شرکت‌کننده باشد.
- اعضای که در برنامه معافیت HCBA ثبت‌نام کرده‌اند، می‌توانند ضمن دریافت مزایای ارائه‌شده توسط طرح درمانی ما، همچنان عضو برنامه معافیت HCBA نیز بمانند. طرح ما با آژانس HCBA waiver شما همکاری می‌کند تا برای خدماتی که دریافت می‌کنید هماهنگی‌های لازم صورت گیرد.
- هماهنگ‌کننده مراقبت‌های درمانی شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای خدمات HCBA درخواست دهید.
- بسته به کد پستی شما در Los Angeles County، یا Partners in Care یا Access TLC، آژانس HCBA محلی شما است. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدام سازمان در کد پستی شما کمک می‌کند، از این وبسایت بازدید کنید: [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)  
با Partners in Care به شماره 1-800-251-6764 تماس بگیرید. با Access TLC به شماره 1-800-852-9887 تماس بگیرید.
- San Ysidro Health سازمان HCBA محلی کانتی سن‌دیگو است. با San Ysidro Health به شماره 1-833-503-5910، از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**برنامه معافیت Medi-Cal به اختصار (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)**

- برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP)، به عنوان جایگزینی برای مراقبت در مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات جامع مدیریت پرونده و خدمات مراقبت مستقیم را به افراد مبتلا به HIV ارائه می‌دهد. خدمات مدیریت موردی بیمار، یک رویکرد تیمی بیمار محور است و متشکل از یک پرستار رسمی و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده با شرکت‌کننده، ارائه‌کننده یا ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقبت‌کننده یا مراقبت‌کنندگان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را ارزیابی کنند و به شرکت‌کننده کمک کنند در منزل و جامعه خود بمانند.
- اهداف MCWP عبارتند از: (1) ارائه خدمات خانگی و اجتماعی برای افراد مبتلا به HIV که در غیر این صورت ممکن است به خدمات موسسات نیاز داشته باشند. (2) کمک به شرکت‌کنندگان برای مدیریت سلامتی HIV خود. (3) بهبود دسترسی به حمایت در زمینه سلامت اجتماعی و سلامت رفتاری و (4) هماهنگ کردن ارائه‌کنندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.
- اعضای که در برنامه معافیت MCWP ثبت‌نام کرده‌اند، می‌توانند ضمن دریافت مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما، همچنان در برنامه معافیت MCWP ثبت‌نام بمانند. طرح ما با آژانس معافیت MCWP شما همکاری می‌کند تا خدماتی را که دریافت می‌کنید هماهنگ کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست MCWP به شما کمک کند. سیستم منطقه‌ای اطلاعات و ارزیابی ایدز (AIDS Regional Information and Evaluation System, ARIES) از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 AM تا 5:00 PM (به وقت پاسیفیک) فعال است. برای دسترسی به میز کمک (Help Desk):
- با شماره 1-866-411-ARIES (2743) تماس بگیرید یا
- درخواست پشتیبانی ARIES Help Desk را به [aries@cdph.ca.gov](mailto:aries@cdph.ca.gov) ارسال کنید و نام، آژانس، شماره تلفن و سؤال/مشکل خود را در آن ذکر کنید. هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد مشتری درج نکنید.

**برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)**

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، هم خدمات مدیریت مراقبت اجتماعی و هم خدمات مدیریت مراقبت درمانی را برای کمک به افراد جهت ادامه زندگی در منزل و جامعه خود ارائه می‌دهد.
- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان برنامه «خدمات حمایتی در محیط خانه» را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگ‌سازی مراقبت را به صورت مداوم فراهم می‌کند، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات اجتماعی و منابع مورد نیاز پیوند می‌دهد، هماهنگی‌های لازم را با ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی انجام می‌دهد و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می‌کند که به طور معمول برای جلوگیری یا تأخیر در روال انتقال به مراکز نگهداری از افراد ناتوان در دسترس نیستند. مجموع هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاری تخصصی باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات سلامت و اجتماعی، ارزیابی جامعی از وضعیت سلامت و شرایط روانی اجتماعی هر یک از شرکت‌کنندگان MSSP انجام می‌دهد تا خدمات مورد نیاز آنها را تعیین کند. سپس این تیم با شرکت‌کننده MSSP، پزشک، خانواده و سایر افراد همکاری می‌کند تا یک برنامه مراقبت فردی برای او تدوین کند. خدمات ارائه‌شده شامل موارد ذیل است:

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- مدیریت مراقبت
- مراکز روزانه مراقبت از بزرگسالان
- تعمیرات/نگهداری جزئی خانه
- خدمات تکمیلی کارهای منزل، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
- خدمات استراحتی
- خدمات حمل و نقل
- خدمات درمانی و مشاوره‌ای
- خدمات غذایی
- خدمات ارتباطاتی.
- اعضای که در MSSP Waiver ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند همچنان در MSSP Waiver ثبت نام کنند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با ارائه‌کننده MSSP شما همکاری می‌کند تا برای خدماتی که دریافت می‌کنید هماهنگی‌های لازم صورت گیرد.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست MSSP به شما کمک کند. شما می‌توانید با تماس با اداره خدمات سالمندی کالیفرنیا به شماره 1-800-510-2020 یا با انتخاب کانتی خود در صفحه Find Services in My County در وبسایت اداره خدمات سالمندی کالیفرنیا، یک ارائه‌دهنده MSSP در منطقه خود پیدا کنید:  
[https://aging.ca.gov/Find\\_Services\\_in\\_My\\_County/#tblServicesInMyCounty](https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty)

## **G5. خدمات سلامت رفتاری کانتی که خارج از طرح بیمه ما ارائه می‌شوند (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد)**

شما به خدمات سلامت رفتاری ضروری از نظر پزشکی دسترسی دارید که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند. ما امکان دسترسی به خدمات سلامت رفتاری که تحت پوشش مراقبت‌های هماهنگ Medicare و Medi-Cal هستند را فراهم می‌کنیم. طرح بیمه ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد کانتی را ارائه نمی‌کند، ولی این خدمات از طریق سازمان‌های سلامت رفتاری کانتی در دسترس شما می‌باشند.

اگر معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان از طریق برنامه سلامت روان کانتی (Mental Health Plan, MHP) در دسترس شما قرار دارد. خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal ارائه شده توسط MHP کانتی شما شامل موارد زیر می‌شود:

- خدمات سلامت روان
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات درمانی فشرده روزانه

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

- توانبخشی روزانه
    - خدمات مداخله در بحران
    - خدمات تثبیت وضعیت در بحران
  - خدمات درمان همراه با اسکان بزرگسالان
  - خدمات درمان همراه با اسکان در موارد بحرانی
  - خدمات مرکز سلامت روانپزشکی
  - خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
  - مدیریت پرونده هدفمند
  - خدمات رفتار درمانی
  - درمان در محیط خانواده برای کودکان بی سرپرست
  - هماهنگسازی مراقبت‌های ویژه
  - خدمات فشرده در محیط خانه
  - بازگشت به جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی
  - درمان جامعه‌محور تأکیدی (ACT)
  - درمان جامعه‌محور تأکیدی تخصصی پزشکی قانونی (FACT)
  - مراقبت تخصصی هماهنگ (CSC) برای نخستین بروز روان‌پریشی (FEP)
  - خدمات حمایتی clubhouse
  - خدمات بهبودیافته کارشناس سلامت جامعه (CHW)
- خدمات Drug Medi-Cal (DMC) در صورتی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، از طریق آژانس سلامت رفتاری کانتی شما در دسترس است.
- خدمات درمان فشرده بیماران سرپایی
  - درمان مسکونی اختلال سوءمصرف مواد در دوران بارداری و پس از زایمان
  - خدمات درمانی برای بیماران سرپایی
  - برنامه مداوای مواد مخدر
  - داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
  - غربالگری دوره‌ای، تشخیص و مداوای زودهنگام بیماری (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات سیستم ساختارمند ارائه Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) شامل موارد زیر می‌شوند:

- خدمات درمانی برای بیماران سرپایی
- خدمات درمان فشرده بیماران سرپایی
- داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات درمان همراه با اسکان
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه مداوای مواد مخدر
- خدمات ریکوری
- هماهنگ‌سازی مراقبت
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- غربالگری دوره‌ای، تشخیص و مداوای زودهنگام بیماری (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات درمانی برای بیماران بستری

علاوه بر خدمات فوق الذکر، در صورت برآوردن شرایط لازم، ممکن است به خدمات بستری سم زدایی (detoxification) داوطلبانه نیز، دسترسی داشته باشید.

#### دسترسی به خدمات سلامت رفتاری

مجموعه جامعی از خدمات در دسترس شما می‌باشند. شما می‌توانید خودتان را به یک ارائه‌کننده تحت قرارداد ارجاع دهید و همچنین می‌توانید توسط PCP، عضو خانواده و غیره ارجاع داده شوید. دسترسی به خدمات «از هر روشی» امکانپذیر است. شما می‌توانید برای دریافت خدمات با مراکز زیر تماس بگیرید:

- تلفن وضعیت بحرانی و ارجاع کانتی (لطفاً برای شماره تلفن و ساعات کاری به فصل 2، بخش K این دفترچه اطلاعاتی/عضوا مراجعه کنید)
- اداره سلامت عمومی کانتی لس‌آنجلس، بخش پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 1-888-742-7900، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید)
- خدمات سلامت رفتاری کانتی سن‌دیگو – خدمات اختلال مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 1-888-724-7240، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید)

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- خط سلامت رفتاری Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (برای اطلاع از شماره تلفن و ساعات فعالیت، لطفاً به فصل 2، بخش D این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید)
- خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده‌اند)

### روال‌های تعیین خدمات دارای ضرورت پزشکی

ضرورت پزشکی توسط ارائه‌کننده مجاز مربوطه مشخص می‌شود. معیارهای ضرورت پزشکی که توسط Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan و این کانتی مورد استفاده قرار می‌گیرند، توسط کارشناسان سلامت رفتاری و سایر ذی‌نفعان تدوین شده‌اند و با الزامات قانونی مطابقت دارند.

### روال ارجاع بین Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan و این کانتی

اگر از Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یا این کانتی خدماتی را دریافت می‌کنید، می‌توانید متناسب با نیازهایتان به نهاد دیگر ارجاع داده شوید. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یا این کانتی می‌توانند با تماس با نهادی که قرار است به آن ارجاع داده شوید، شما را ارجاع دهد. همچنین یک فرم ارجاع توسط ارائه‌کننده ارجاع‌کننده نیز پر شده و به نهادی داده می‌شود که به وی معرفی می‌شوید.

### روال حل و فصل مشکل

اگر بین شما و این کانتی یا بین شما و طرح بیمه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan اختلافی وجود داشته باشد، شما تا زمان حل اختلاف، همچنان خدمات سلامت رفتاری را که از نظر پزشکی ضروری هستند، از جمله داروهای نسخه‌ای، دریافت خواهید کرد. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با این کانتی همکاری کرده است تا روالهایی برای حل اختلاف تدوین کند که به‌موقع انجام شوند و تأثیر منفی بر خدمات مورد نیاز شما نداشته باشند. بسته به اینکه با کدام نهاد اختلاف دارید، می‌توانید از روال تجدیدنظر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یا این کانتی استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد روند تجدیدنظر، به فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

## H. مزایایی که تحت پوشش طرح درمانی ما، Medicare یا Medi-Cal نیستند

این قسمت در مورد مزایایی است که توسط طرح ما مستثنی شده است. «مستثنی» (Excluded) به این معناست که ما هزینه این مزایا را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه آن‌ها را پرداخت نمی‌کنند.

فهرست زیر برخی خدمات و اقلامی را توصیف می‌کند که تحت هیچ‌گونه شرایطی پوشش نمی‌دهیم و برخی موارد که صرفاً در برخی موارد پوشش داده نمی‌شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی‌شده که در این بخش (یا هرکجای دیگر در این دفترچه اطلاعاتی/اعضا) ذکر شده‌اند را به جز در شرایط خاصی که اعلام شده است، پرداخت نمی‌کنیم. حتی اگر این خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح هزینه آن‌ها را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح ما باید هزینه یک خدمت غیرمشمول را پرداخت کند، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرها، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیتی که در جدول مزایا ذکر شده است، طرح ما موارد و خدمات زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» محسوب نمی‌شوند، مگر اینکه به عنوان خدمات تحت پوشش ذکر شده باشند.
- درمان‌ها، اقامت و داروهای تحقیقاتی پزشکی و جراحی، مگر اینکه توسط Medicare یا تحت پژوهش تحقیقاتی بالینی مجاز Medicare یا توسط طرح بیمه ما تحت پوشش باشند. برای اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقاتی بالینی، به **فصل 3** این دفترچه/اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید. درمان‌ها و اقامت آزمایشی، مواردی هستند که عموماً توسط جامعه پزشکی پذیرفته نشده‌اند.
- مداوای جراحی برای چاقی ناسالم، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در بیمارستان، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشند.
- پرستار شخصی
- اقامت شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، از قبیل تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌های اخذ شده توسط بستگان بسیار نزدیک شما یا اعضای خانوارتان.
- وعده‌های غذایی تحویل‌شده به منزل شما، به‌جز مواردی که در بخش «تحويل وعده‌های غذایی در منزل» در جدول مزایا در **بخش D** شرح داده شده‌اند.
- روال‌ها یا خدمات بهسازی انتخابی یا داوطلبانه (شامل کم کردن وزن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، به منظور زیباسازی، ضدپیری و کارایی فکری)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیبایی یا سایر کارهای زیبایی، مگر این‌که به دلیل یک آسیب‌دیدگی تصادفی لازم باشد یا برای اصلاح بخشی از بدن که به‌درستی شکل نگرفته انجام شود، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. اما هزینه بازسازی سینه را بعد از جراحی برداشتن پستان و برای ترمیم سینه دیگر به منظور یکسان شدن آنها با هم باشد، پرداخت می‌کنیم.
- مراقبت کایروپراکتیک، به‌جز دستکاری دستی ستون فقرات مطابق با دستورالعمل‌های پوشش، مگر در مواردی که در بخش «خدمات کایروپراکتیک (تحت پوشش Medicare نیست)» در **بخش D** در جدول مزایا شرح داده شده است.
- مراقبت‌های معمول از پا، به جز مواردی که در خدمات پزشکی مربوط به پا در «جدول مزایا» در **بخش D** توضیح داده شده است
- کفش‌های ارتوپدی، مگر اینکه کفش بخشی از ساپورت پا بوده و در هزینه ساپورت منظور شده باشد یا کفش‌هایی که برای اشخاص مبتلا به بیماری پای دیابتی می‌باشند.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



- وسایل حمایتی برای پا، به جز کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای اشخاص مبتلا به بیماری پای دیابتی
- برش شعاعی قرنیه، جراحی لیزیک، و سایر کمک‌های درمانی در زمینه کاهش بینایی.
- برگشت درمان‌های عقیم‌سازی
- خدمات متخصص طبیعی درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)
- خدمات ارائه شده به سربازان بازنشسته در مراکز امور سربازان بازنشسته (Veterans Affairs, VA) ولی هنگامی که یک سرباز بازنشسته خدمات اورژانس را در بیمارستان VA دریافت کند و مقدار سهم هزینه VA بیش از سهم هزینه در برنامه ما باشد، ما این مابه‌التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ سهم‌هزینه (cost-sharing) خود هستید.



## فصل 5: دریافت داروهای سرپایی خود

### مقدمه

این فصل قوانین مربوط به دریافت داروهای سرپایی شما را توضیح می‌دهد. اینگونه داروها را ارائه‌کننده شما تجویز می‌کند تا از داروخانه یا توسط تحویل در منزل دریافت کنید. این داروها شامل اقلامی می‌شوند که تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal هستند. **فصل 6** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* هزینه‌ای که برای این داروها پرداخت می‌کنید را & توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* گنجانده شده‌اند.

ما همچنین داروهای زیر را پوشش می‌دهیم، اگرچه در این فصل به آنها پرداخته نشده است:

- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش A.** این داروها به طور کلی شامل اقلامی می‌شوند که در هنگام اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش B.** این داروها شامل برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای تزریقی که در طول ویزیت با پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان در مطب به شما داده می‌شود و داروهایی می‌شود که در درمانگاه دیالیز به شما داده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدام داروهای Medicare بخش B تحت پوشش هستند، به جدول مزایا در **فصل 4** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.
- علاوه بر برنامه Medicare بخش D و پوشش مزایای پزشکی، اگر در آسایشگاه Medicare باشید، داروهای شما ممکن است تحت پوشش Original Medicare قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش F3، «در یک برنامه مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) دارای تأییدیه Medicare»** مراجعه کنید.

### مقررات داروهای تحت پوشش طرح بیمه ما برای بیماران سرپایی

ما معمولاً داروهای شما را تا زمانیکه از مقررات این بخش پیروی کنید پوشش می‌دهیم.

شما باید از ارائه‌کننده (پزشک، دندانپزشک یا تجویز کننده دیگری) بخواهید که نسخه شما را بنویسد و این نسخه باید تحت قانون قابل اجرای ایالت معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) شما می‌باشد. اگر PCP، شما را برای دریافت مراقبت ارجاع کرده باشد، این شخص می‌تواند ارائه‌کننده دیگری نیز باشد.

تجویزکننده داروهای شما **نباید** در فهرست‌های «استثنا یا منع Medicare» یا هرگونه فهرست Medi-Cal مشابه باشد.

شکا به طور کلی، برای پیچیدن نسخه خود باید از داروخانه‌های شبکه استفاده کنید. (برای اطلاعات بیشتر به **بخش A1** مراجعه کنید.) یا می‌توانید نسخه خود را از طریق خدمات تحویل در منزل این طرح بیمه دریافت کنید.

داروی نسخه دار شما باید در فهرست *داروهای تحت پوشش طرح بیمه ما* قید شده باشد. به این فهرست در اختصار «فهرست *دارویی*» می‌گوییم. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید.)

- اگر دارو در فهرست *داروها* نباشد، ممکن است بتوانیم آن را با ارائه یک استثنا پوشش دهیم.

- برای آشنایی با نحوه درخواست استثنا، به **فصل 9** مراجعه کنید.



- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویز شده شما تحت هر دو استاندارد Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.

داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته شده مصرف شود. این موضوع بدین معنی است که استفاده از این دارو باید به تصویب سازمان غذا و دارو (FDA) رسیده باشد یا مورد حمایت مراجع پزشکی خاصی باشد. تجویز کننده شما ممکن است بتواند به شناسایی مراجع پزشکی برای تأیید از استفاده درخواستی از داروی تجویز شده کمک کند. داروهای مصرف شده برای مداوای عوارضی که به تأیید FDA یا کتابهای مرجع نرسیده باشند، موارد مصرف «خارج از برچسب» خوانده می‌شوند. داروهایی که برای موارد مصرف «خارج از برچسب» استفاده می‌شوند، دارای موارد مصرف پذیرفته‌شده پزشکی نیستند و بنابراین تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه این مصرف «خارج از برچسب» در یکی از کتابهای مرجع مورد تأیید CMS ذکر شده باشد.

ممکن است تأیید دارو از سوی طرح ما بر اساس معیارهای خاصی لازم باشد تا پوشش آن امکان‌پذیر شود. (به بخش C در این فصل مراجعه کنید.)

## فهرست مطالب

|     |                                                                 |     |
|-----|-----------------------------------------------------------------|-----|
| A.  | دریافت نسخه‌ها.....                                             | 157 |
| A1. | دریافت نسخه در یکی از داروخانه‌های شبکه.....                    | 157 |
| A2. | استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام دریافت نسخه.....           | 157 |
| A3. | اگر داروخانه داخل شبکه خود را تغییر دهید، چه باید بکنید.....    | 157 |
| A4. | اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود باید چه کنید.....             | 158 |
| A5. | استفاده از یک داروخانه تخصصی.....                               | 158 |
| A6. | استفاده از خدمات تحویل در منزل برای دریافت داروهای خود.....     | 158 |
| A7. | دریافت مقدار بلند مدت از دارو.....                              | 160 |
| A8. | استفاده از خدمات داروخانه‌ای که در شبکه طرح درمانی ما نیست..... | 160 |
| A9. | دریافت بازپرداخت برای هزینه نسخه.....                           | 161 |
| B.  | فهرست دارویی طرح بیمه ما.....                                   | 161 |
| B1. | داروهای موجود در فهرست دارویی ما.....                           | 161 |
| B2. | چگونه یک دارو را در فهرست دارویی پیدا کنیم.....                 | 162 |
| B3. | داروهای ناموجود در فهرست دارویی ما.....                         | 163 |
| B4. | ردیف‌های سهم هزینه فهرست دارویی.....                            | 164 |



|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| C. محدودیت‌ها برای برخی از داروها.....                                                                        | 164 |
| D. دلایل عدم پوشش داروی شما.....                                                                              | 166 |
| D1. دریافت مقدار موقتی از دارو.....                                                                           | 166 |
| D2. درخواست مقدار موقتی از دارو.....                                                                          | 167 |
| D3. درخواست برای استثناء.....                                                                                 | 168 |
| E. تغییر در پوشش داروهای شما.....                                                                             | 168 |
| F. پوشش دارویی در موارد ویژه.....                                                                             | 171 |
| F1. اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی که تحت پوشش طرح بیمه ما است.....                                 | 171 |
| F2. اقامت در مرکز مراقبت بلندمدت.....                                                                         | 171 |
| F3. اقامت در آسایشگاه پایان عمر دارای مجوز Medicare.....                                                      | 171 |
| G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها.....                                                      | 172 |
| G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها.....                                             | 172 |
| G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت داروهایتان.....                                                     | 172 |
| G3. برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DMP) برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروهای مخدر..... | 173 |



## A. دریافت نسخه‌ها

### A1. دریافت نسخه در یکی از داروخانه‌های شبکه

در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه‌هایی را پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما دریافت شده باشند. داروخانه شبکه موافقت می‌کند که نسخه‌های اعضای طرح بیمه ما را بپیچد. شما می‌توانید از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید. (برای اطلاعات درباره مواردی که نسخه‌های پیچیده شده در داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم، به بخش A8 مراجعه کنید.)

برای یافتن داروخانه داخل شبکه، به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### A2. استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام دریافت نسخه

برای دریافت نسخه، «کارت شناسایی عضو» خود را در داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه بابت سهم ما از هزینه داروی تحت پوشش برای ما صورتحساب ارسال می‌کند. هنگام برداشتن داروی نسخه دار خود لازم است که سهم ثابت بیمه شده را به داروخانه پرداخت کنید.

به خاطر داشته باشید، شما برای دسترسی به خدمات داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx، به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (BIC) خود نیاز دارید:

اگر «کارت شناسایی عضو» یا BIC خود را در هنگام پیچیدن نسخه به همراه ندارید، از داروخانه بخواهید که با ما تماس گرفته و اطلاعات لازم را دریافت کند یا می‌توانید از داروخانه بخواهید که اطلاعات ثبت نام طرح بیمه شما را بررسی کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل داروی نسخه دار را در هنگام گرفتن آن پرداخت کنید. سپس شما می‌توانید بازپرداخت سهم ما از هزینه را درخواست ارائه کنید. اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما هر کاری بتوانیم برای کمک انجام خواهیم داد.

- برای درخواست بازپرداخت هزینه، به فصل 7 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای دریافت نسخه دارویی خود به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

### A3. اگر داروخانه داخل شبکه خود را تغییر دهید، چه باید بکنید

اگر داروخانه را تغییر دهید و نیاز به تجدید یک نسخه داشته باشید، می‌توانید از ارائه‌کننده بخواهید برای شما یک نسخه جدید بنویسد یا اگر اقلام دارویی از نسخه هنوز باقی مانده است از داروخانه خود بخواهید که نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خود به کمک نیاز دارید، می‌توانید با بخش خدمات مشتریان یا با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.



**A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود باید چه کنید**

اگر داروخانه مورد استفاده شما شبکه برنامه درمانی ما را ترک کند، باید یک داروخانه شبکه جدید را پیدا کنید.

برای یافتن یک داروخانه جدید در شبکه، به «فهرست تأمین‌کنندگان و داروخانه‌ها» مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

**A5. استفاده از یک داروخانه تخصصی**

گاهی اوقات نسخه‌ها باید در داروخانه تخصصی پیچیده شوند. برخی از داروخانه‌های تخصصی:

- داروخانه‌هایی که داروهای را برای تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهای را برای ساکنین مراکز مراقبت بلند مدت از قبیل مراکز پرستاری تأمین می‌کنند.
  - مراکز مراقبت طولانی مدت معمولاً داروخانه‌های خودشان را دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت‌های طولانی مدت هستید، ما اطمینان می‌یابیم که شما می‌توانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه آن مرکز تهیه کنید.
  - اگر داروخانه مرکز مراقبت‌های طولانی مدت شما در شبکه ما نیست، یا در دریافت داروهای خود در یک مرکز مراقبت طولانی مدت با مشکل مواجه شدید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- داروخانه‌های ارائه‌کنندگان خدمات سلامت سرخپوستان آمریکا (Indian Health Care Provider, IHCP). اعضای سرخپوست آمریکایی و بومیان آلاسکا می‌توانند از خدمات داروخانه‌های «ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی سرخپوستان» (Indian Health Care Provider, IHCP) استفاده کنند، مشروط بر این‌که در یک داروخانه خردهفروشی ثبت‌نام کرده باشد. اگر سرخپوست آمریکا یا بومی آلاسکا نیستید، باز هم اگر بیمار آن درمانگاه باشید یا به خدمات اورژانسی نیاز داشته باشید، می‌توانید از داروخانه خردهفروشی مستقر در یک مرکز IHCP خدمات دریافت کنید.
- داروخانه‌هایی که داروهای را توزیع می‌کنند که توسط FDA از ارسال به مکان‌های خاصی محدود شده‌اند یا نیاز به حمل خاص، هماهنگی با ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد نحوه استفاده از آنها دارند. (توجه: این سناریو به ندرت اتفاق می‌افتد.)
- برای یافتن داروخانه تخصصی، به فهرست تأمین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

**A6. استفاده از خدمات تحویل در منزل برای دریافت داروهای خود**

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات تحویل در منزل شبکه درمانی ما استفاده کنید. به طور کلی، داروهای در دسترس از طریق تحویل در خانه هستند که شما به طور مرتب برای یک بیماری مزمن یا عارضه پزشکی بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهای که از طریق خدمات تحویل در منزل طرح بیمه ما در دسترس نیستند با نماد NDS در فهرست دارویی ما مشخص شده‌اند.



خدمات تحویل در منزل طرح بیمه ما به شما امکان می‌دهد تا حداکثر 100 روز ذخیره داروهای تحت پوشش را در ردیف 1 تا 4 سفارش دهید. دریافت مقدار 100 روزه دارو در ردیف 1، همان سهم ثابت مقدار یک ماهه را دارد:

### پیچیدن نسخه‌ها از طریق پست

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پیچیدن نسخه‌های خود با تحویل در منزل، لطفاً با شماره پشت جلد این دفترچه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر از داروخانه تحویل در خانه استفاده می‌کنید که در شبکه طرح بیمه نیست، نسخه شما تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.

معمولاً نسخه تحویل در منزل ظرف 5 روز به دست شما می‌رسد. اگر در سفارش نسخه تحویل در منزل تأخیر ایجاد شود یک اطلاعیه دریافت خواهید کرد. اگر در این مورد سؤالی دارید، لطفاً با تیم خدمات مشتریان اختصاصی Blue Shield در Amazon Pharmacy به شماره 1-856-208-4665، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید. در صورت نیاز، خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan می‌تواند به شما کمک کند تا مقدار کافی از داروی خود را از یک داروخانه خرده‌فروشی محلی داخل شبکه دریافت کنید تا زمان رسیدن داروی ارسالی به منزل، بدون دارو نمانید. این کار ممکن است مستلزم تماس با پزشک شما باشد تا پزشکتان نسخه جدیدی را برای مقدار داروی مورد نیاز تا زمان دریافت داروی ارسالی به منزل، از طریق تلفن یا فکس به داروخانه خرده‌فروشی داخل شبکه ارسال کند. اگر تأخیر از تاریخ سفارش نسخه از ارائه‌دهنده خدمات تحویل در منزل بیش از 5 روز باشد و علت آن گم شدن دارو در سیستم پستی باشد، تیم خدمات مشتریان Amazon Pharmacy می‌تواند برای ارسال سفارش جایگزین، هماهنگ کند.

### رویه‌های تحویل در منزل

خدمات تحویل در منزل برای نسخه‌های جدید دریافتی از شما، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه دهنده شما دریافت می‌کند، و نسخه‌های تحویل در منزل شما، روال‌های متفاوتی دارد.

#### 1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه به‌طور خودکار نسخه‌های جدیدی را که از شما دریافت می‌کند، می‌پیچد و تحویل می‌دهد.

#### 2. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از مطب ارائه کننده شما دریافت می‌کند

پس از اینکه داروخانه نسخه‌ای را از یک ارائه‌کننده مراقبت درمانی دریافت کرد، با شما تماس می‌گیرد تا ببیند که آیا می‌خواهید دارو را فوراً دریافت کرده یا بعداً دریافت کنید.

- این امکان را خواهید داشت که مطمئن شوید داروخانه، داروی مناسب (از نظر دوز، مقدار و شکل) را ارائه می‌دهد و در صورت لزوم، می‌توانید پیش از صدور صورت‌حساب و ارسال دارو، سفارش خود را متوقف یا لغو کنید.
- هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، به آنها اطلاع دهید تا بدانند با نسخه جدید چه کنند و از تأخیر در ارسال جلوگیری شود.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**3. تجدید نسخه‌های تحویل در منزل**

برای تجدید داروهای خود، شما گزینه ثبت نام در برنامه تجدید خودکار را دارید. در این برنامه، وقتی سوابق ما نشان دهد که داروی شما باید رو به اتمام باشد، پردازش نسخه مجدد بعدی شما را به‌طور خودکار آغاز می‌کنیم.

- داروخانه قبل از ارسال هر تجدید نسخه با شما تماس می‌گیرد تا اطمینان حاصل شود که به داروی بیشتری نیاز دارید و اگر به اندازه کافی دارو دارید یا داروی شما تغییر کرده است، می‌توانید تجدید نسخه برنامه ریزی شده را لغو کنید.

- اگر تصمیم دارید از برنامه تمدید خودکار نسخه ما استفاده نکنید، 14 روز پیش از تمام شدن داروی نسخه فعلی خود با داروخانه تماس بگیرید تا مطمئن شوید سفارش بعدی شما به‌موقع برایتان ارسال می‌شود.

برای انصراف از برنامه ما که به‌طور خودکار داروهای تمدیدی را برای تحویل در منزل آماده می‌کند، با Amazon Pharmacy به شماره 1-856-208-4665، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند.

بهترین راه‌های تماس با شما را به داروخانه اطلاع دهید تا آنها بتوانند قبل از ارسال، سفارش شما را تأیید کنند. لطفاً اطمینان حاصل کنید که اطلاعات تماس شما در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan همیشه به روز باشد. اگر لازم است شماره تلفن یا نشانی خود را به‌روز کنید، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید (شماره تلفن در پایین این صفحه درج شده است).

**A7. دریافت مقدار بلند مدت از دارو**

می‌توانید یک مقدار بلند مدتی از داروهای حفظ سلامتی در فهرست دارویی طرح بیمه ما را دریافت کنید. داروهای حفظ سلامتی (داروهای کنترل کننده بیماری) داروهایی هستند که برای عارضه پزشکی مزمن یا بلند مدت به طور مرتب مصرف می‌کنید.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند تا ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را دریافت کنید. دریافت مقدار 100 روزه دارو در ردیف 1، همان سهم ثابت مقدار یک ماهه را دارد: فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی می‌باشد که می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را به شما ارائه بدهند. همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات بیشتر با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات تحویل در منزل شبکه طرح بیمه ما برای دریافت ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی استفاده کنید. برای آشنایی با خدمات تحویل در منزل به بخش A6 مراجعه کنید.

**A8. استفاده از خدمات داروخانه‌ای که در شبکه طرح درمانی ما نیست**

ما معمولاً هزینه داروهای دریافت شده در داروخانه خارج از شبکه را تنها در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما در خارج از منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا می‌توانید نسخه‌های خود را به عنوان عضوی از طرح بیمه ما دریافت کنید. در این موارد، ابتدا با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات مشتری تماس بگیرید تا متوجه شوید که آیا داروخانه شبکه در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

ما هزینه پیچیدن نسخه‌ها در داروخانه خارج از شبکه را در موارد زیر پرداخت می‌کنیم:

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- اگر شما قادر به دریافت به موقع یک داروی تحت پوشش در محدوده خدمات‌دهی ما نیستید چون هیچ داروخانه شبکه‌ای در مسافت رانندگی معقول وجود ندارد که خدمات 24 ساعته ارائه دهد.
- اگر شما سعی دارید داروهای نسخه‌دار تحت پوششی را دریافت کنید که به طور منظم در یک خرده فروشی شبکه واجد شرایط یا داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی موجود نمی‌شود (این داروها شامل داروهای نادر، داروهای گران و خاص، یا سایر داروهای تخصصی می‌شود)
- بعضی واکسن‌هایی که در مطب پزشک شما تزریق می‌شوند و پوشش Medicare بخش B ندارند و قاعدتاً نمی‌توان آنها را در یک داروخانه شبکه یافت، ممکن است برای دسترسی خارج از شبکه پوشش داشته باشند.
- نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌شوند محدود به تامین مقدار 30 روزه از داروهای تحت پوشش هستند.

### A9. دریافت بازپرداخت برای هزینه نسخه

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً در هنگام دریافت داروهای خود باید هزینه کامل را به جای سهم بیمه شده پرداخت کنید. می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست کنید.

اگر هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، به طور کامل پرداخت کنید، ممکن است بتوانید پس از پرداخت هزینه نسخه توسط Medi-Cal Rx، مبلغ را از داروخانه پس بگیرید. از طرف دیگر، می‌توانید با ارسال درخواست مطالبه «بازپرداخت هزینه‌های پرداخت شده از جیب Medi-Cal (Conlan)» از Medi-Cal Rx بخواهید هزینه را به شما بازپرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وب سایت Medi-Cal Rx بیابید: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 7 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

## B. فهرست دارویی طرح بیمه ما

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش داریم. به این فهرست در اختصار «فهرست دارویی» می‌گوییم.

ما داروهای موجود در فهرست دارویی را با همکاری گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست دارویی همچنین حاوی اطلاعاتی در مورد مقرراتی است که باید برای دریافت داروهای خود از آنها پیروی کنید.

معمولاً وقتی از مقرراتی که در این فصل توضیح داده‌ایم، پیروی کنید، ما داروی موجود در فهرست دارویی طرح درمانی خود را پوشش می‌دهیم.

### B1. داروهای موجود در فهرست دارویی ما

فهرست دارویی ما شامل اقلایمی می‌شود که تحت پوشش Medicare بخش D هستند.

اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید، تحت پوشش طرح بیمه درمانی ما هستند. سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً وقتی از طریق Medi-Cal Rx دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی مزایای Medi-Cal یا (BIC) خود را همراهتان بیاورید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



فهرست دارویی ما شامل داروهای مارک دار، داروهای ژنریک و محصولات بیولوژیکی (که ممکن است شامل داروهای بیوسیمیلار [مشابه زیستی] باشد) است.

داروی مارک دار، دارویی است که با نام تجاری ثبت شده‌ای که متعلق به شرکت تولیدکننده دارو است، به فروش می‌رسد. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. در فهرست دارویی ما، وقتی به کلمه «داروها» اشاره می‌کنیم، ممکن است به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک از همان ترکیبات فعال داروهای مارک دار ساخته شده‌اند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی به نام بیوسیمیلار یا مشابه زیستی دارند. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی اثر می‌کنند و معمولاً ارزان‌تر هستند. بسیاری از داروهای مارک دار، جایگزین ژنریک دارند و برخی از محصولات بیولوژیکی، جایگزین‌های بیوسیمیلار دارند. برخی بیوسیمیلارها، بیوسیمیلار قابل تعویض هستند و بسته به قانون ایالتی ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید برای محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه جایگزین شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند برای داروهای مارک‌دار جایگزین شوند.

برای تعریف انواع داروهایی که ممکن است در فهرست دارویی باشند به فصل 12 مراجعه کنید.

## B2. چگونه یک دارو را در فهرست دارویی پیدا کنیم

برای اینکه بفهمید که آیا دارویی که مصرف می‌کنید در فهرست دارویی ما وجود دارد یا نه، می‌توانید:

- از وب سایت طرح بیمه درمانی ما به نشانی [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027) بازدید کنید. فهرست دارویی در وبسایت ما همیشه جدیدترین است.
- برای اطلاع از اینکه دارویی در فهرست داروهای ما قرار دارد یا برای درخواست نسخه‌ای از این فهرست، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) بازدید کنید.
- از «ابزار مزایای آنی» (Real Time Benefit Tool) ما در [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) استفاده کنید تا داروهای موجود در فهرست دارویی ما را جستجو کنید، برآوردی از مبلغی که پرداخت خواهید کرد به دست آورید و ببینید آیا داروهای جایگزینی در فهرست دارویی ما وجود دارند که بتوانند همان بیماری را درمان کنند. همچنین می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. با استفاده از این ابزار می‌توانید داروهای موجود در «فهرست دارویی» را جستجو کنید تا تخمینی از مبلغی که می‌پردازید و اینکه آیا داروهای جایگزینی در فهرست دارویی وجود دارد که مناسب درمان همان بیماری باشد، به دست آورید.
- چطور به ابزار بررسی قیمت Rx دسترسی پیدا کنید:
  - یک حساب عضویت آنلاین ایجاد کنید یا وارد حساب شوید.
  - به myblueshield رفته، سپس روی Pharmacy (داروخانه) در زیر Benefits (مزایا) کلیک کنید.
  - در بخش «قیمت داروی من را بررسی کنید» (Price check my Rx)، روی «بررسی نسخه‌های فعلی» (Check current prescriptions) کلیک کنید.



**B3. داروهای ناموجود در فهرست دارویی ما**

ما همه داروها را پوشش نمی‌دهیم.

- برخی داروها در فهرست دارویی ما نیستند چون قانون به ما اجازه پوشش آن داروها را نمی‌دهد.
- در موارد دیگر ما تصمیم گرفتیم که دارو را در فهرست دارویی خود قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را دریافت کنید که در فهرست دارویی ما نیست. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 9** مراجعه کنید.

طرح درمانی ما برای انواع داروهایی که در این بخش توضیح داده شده است هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. اینها **داروهای حذف شده** نامیده می‌شوند. اگر نسخه‌ای را برای یک داروی حذف شده دریافت کنید، ممکن است لازم باشد خودتان هزینه آن را پرداخت کنید. اگر فکر می‌کنید که ما باید هزینه داروی حذف شده را به خاطر وضعیت شما پرداخت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرها، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف شده:

1. پوشش داروهای سرپایی طرح ما (که شامل Medicare بخش D می‌شود) برای دارویی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B هستند، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها جزو مزایای داروهای سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
  2. طرح بیمه ما، دارویی که خارج از آمریکا و قلمروهای آن خریداری شده باشد را پوشش نمی‌دهد.
  3. استفاده از دارو باید توسط FDA تایید شود یا توسط مراجع پزشکی خاص به عنوان درمان بیماری شما ذکر شود. پزشک شما یا ارائه دهنده دیگر ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان آن بیماری تایید نشده باشد. این کار «استفاده خارج از برچسب» خوانده می‌شود. طرح بیمه ما معمولاً داروهایی که برای استفاده خارج از برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.
- همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند انواع داروهای ذکر شده در زیر را پوشش دهند.

- داروهای استفاده شده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی\*
- داروهای استفاده شده به منظور زیباسازی یا تقویت رشد مو
- ویتامین‌ها و فرآورده‌های معدنی تجویز شده، به جز ویتامین‌های دوران بارداری و فرآورده‌های فلورایدی\*
- داروهای استفاده شده برای مداوای اختلالات جنسی یا نعوظ
- داروهای استفاده شده برای مداوای بی‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن\*

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- داروهای بیماران سرپایی تولید شده توسط شرکتی که اعلام کند شما باید آزمایشات و خدماتی را انجام دهید که تنها توسط آنها انجام می‌شوند.

\*محصولات منتخب ممکن است تحت پوشش Medi-Cal باشند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) بازدید کنید.

#### B4. ردیف‌های سهم هزینه فهرست دارویی

هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف قرار دارد. ردیف یا رده، گروهی از داروهای عموماً یکسان است (مثلاً داروهای مارک دار، ژنریک یا داروهای OTC). به طور کلی، هر چقدر ردیف سهم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای آن دارو بیشتر است.

- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی (با کمترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای ژنریک ترجیحی.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 2: داروهای ژنریک - شامل داروهای ژنریک و داروهای بیوسیمیلار.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: داروهای ترجیحی با نام تجاری - شامل داروهای ترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار و برخی داروهای ژنریک است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4: داروهای غیرترجیحی - شامل داروهای غیرترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار، و برخی از داروهای ژنریک می‌باشد.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی (با بیشترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای مارک دار بسیار گران، داروهای بیوسیمیلار و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به پردازش خاص و/یا نظارت از نزدیک داشته باشند.

برای کسب اطلاعات در مورد ردیف سهم هزینه داروی خود، آن دارو را در فهرست دارویی جستجو کنید.

**فصل 6** این دفترچه اطلاعاتی اعضا میزان هزینه‌ای را که برای داروهای هر ردیف پرداخت می‌کنید، ذکر می‌کند.

#### C. محدودیت‌ها برای برخی از داروها

برای داروهای خاص، مقررات ویژه‌ای وجود دارد که نحوه و زمانی که طرح بیمه ما، آنها را پوشش می‌دهد، محدود می‌کنند. به طور کلی، مقررات ما شما را تشویق می‌کنند تا دارویی را دریافت کنید که برای عارضه پزشکی شما فایده دارد و ایمن و موثر است. هنگامی که یک داروی ایمن و کم هزینه تر به همان میزان داروی گران تر تاثیر دارد، ما انتظار داریم که ارائه‌کننده شما از داروی کم هزینه تر را نسخه کند.

توجه داشته باشید که گاهی اوقات یک دارو ممکن است بیش از یک بار در فهرست دارویی ما ظاهر شود. این به این دلیل است که یک دارو می‌تواند بر اساس قدرت اثر، مقدار یا شکل دارویی که توسط ارائه‌دهنده خدمات شما تجویز شده است متفاوت باشد و محدودیت‌های متفاوتی ممکن است برای نسخه‌های مختلف آن دارو اعمال شود (برای مثال، 10 میلی‌گرم در مقابل 100 میلی‌گرم؛ یکبار در روز در مقابل دوبار در روز؛ قرص در مقابل محلول).

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



اگر مقررات خاصی برای داروی شما وجود دارد، معمولاً بدین معنی است که شما و ارائه‌کننده شما باید اقدامات بیشتری را برای ما انجام دهید تا دارو را پوشش دهیم. برای مثال ارائه‌کننده شما ممکن است تشخیص بیماری شما را به ما گفته یا ابتدا نتایج آزمایشات خون را ارائه کند. اگر شما یا ارائه‌دهنده خدماتتان فکر می‌کنید که قانون ما نباید در مورد وضعیت شما اعمال شود، از ما بخواهید که با استفاده از روال تصمیم‌گیری درباره پوشش، یک استثنا قائل شویم. ما ممکن است موافقت کنیم یا موافقت نکنیم که به شما اجازه استفاده از دارو را بدون انجام اقدامات اضافی بدهیم.

برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثنا، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

### 1. محدود کردن استفاده از داروی با نام تجاری یا فرآورده‌های بیولوژیک اصلی در صورت موجود بودن نسخه ژنریک یا زیست‌مشابه قابل جایگزینی از آنها

به طور کلی، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض به همان اندازه یک داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی کار می‌کند و معمولاً ارزان تر است. در بیشتر موارد، اگر نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی برای یک داروی مارک دار یا محصول بیولوژیکی اصلی در دسترس باشد، داروخانه‌های شبکه ما نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی را به شما می‌دهند.

- معمولاً هزینه داروی با نام تجاری یا فرآورده بیولوژیک اصلی را در صورتی که نسخه ژنریک آن دارو نیز در دسترس باشد، پرداخت نمی‌کنیم.
- با این حال، اگر ارائه‌دهنده شما دلیل پزشکی‌ای به ما اعلام کرده باشد که داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزین برای شما مؤثر نخواهد بود، ما هزینه داروی با نام تجاری را پوشش می‌دهیم.
- سهم ثابت بیمه شده شما ممکن است برای داروی مارک دار یا محصول بیولوژیکی اصلی بیشتر از داروی ژنریک یا بیوسیمیلار مشابه آنها باشد.

### 2. دریافت پیشاپیش تاییدیه طرح بیمه

برای برخی داروها، شما یا تجویز کننده شما باید اجازه طرح درمانی ما را قبل از پیچیده شدن نسخه برای شما دریافت کند. این موضوع اجازه قبلی خوانده می‌شود. این کار برای اطمینان از ایمنی دارو و کمک به استفاده مناسب از داروهای خاص انجام می‌شود. اگر اجازه را دریافت نکنید، ممکن است ما دارو را پوشش ندهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پیش‌تأییدیه، با بخش خدمات مشتریان به شماره موجود در پایین صفحه یا در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027) تماس بگیرید.

### 3. ابتدا یک داروی دیگر امتحان شود

به طور کلی، ما می‌خواهیم قبل از اینکه داروهای گران تر را پوشش دهیم، شما داروی ارزان تر (که به همان اندازه مؤثر هستند) را امتحان کنید. برای مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه یکسان را مداوا می‌کنند و داروی A ارزان تر از داروی B است، ممکن است لازم بدانیم که شما ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر نباشد، آنوقت ما داروی B را پوشش می‌دهیم. این کار درمان گام به گام خوانده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درمان گام به گام، با خدمات مشتریان به شماره موجود در پایین صفحه یا در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027) تماس بگیرید.



**4. سقف مقدار**

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم. این کار سقف مقدار خوانده می‌شود. برای مثال، اگر معمولاً مصرف تنها یک قرص در روز برای یک داروی خاص ایمن تلقی شود، ممکن است ما مقدار دارویی را که هر بار می‌توانید هنگام تمدید نسخه خود دریافت کنید، محدود کنیم.

برای اینکه بفهمید که آیا مقررات فوق به دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید مربوط می‌شوند، فهرست دارویی ما را کنترل کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027) مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما در مورد پوشش دارو بر اساس دلایل بالا مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

**D. دلایل عدم پوشش داروی شما**

ما تلاش می‌کنیم که پوشش دارویی شما به خوبی برایتان عمل کند ولی گاهی اوقات ممکن است یک دارو به صورتی که شما مایلید تحت پوشش نباشد. برای مثال:

- طرح ما دارویی که شما به خواست خودتان می‌خواهید مصرف کنید را پوشش نمی‌دهد. دارو در فهرست دارویی ما نمی‌باشد. ممکن است نوع ژنریک دارو را تحت پوشش قرار دهیم ولی نوع برند دارو را که می‌خواهید مصرف کنید تحت پوشش قرار ندهیم. دارو ممکن است جدید باشد و ما هنوز ایمنی و تأثیرپذیری آن را بررسی نکرده‌ایم.
- دارو تحت پوشش طرح درمانی ما هست ولی مقررات و محدودیت‌های ویژه‌ای در مورد پوشش آن وجود دارد. همانطوری‌که در بخش فوق توضیح داده شد، برخی از داروهای تحت پوشش طرح درمانی ما مقرراتی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. شما یا تجویزکننده شما در برخی موارد ممکن است بخواهید از ما درخواست کنید تا استثنا قائل شدیم.
- دارو تحت پوشش است، اما در سطحی از مشارکت در هزینه قرار دارد که هزینه آن برای شما بیشتر از چیزی است که فکر می‌کنید باید باشد.

اگر دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم، اقداماتی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

**D1. دریافت مقدار موقتی از دارو**

در برخی موارد، می‌توانیم مقدار موقتی از دارو را هنگامی که دارو در فهرست دارویی ما نیست یا دارای نوعی محدودیت است، به شما بدهیم. این کار به شما فرصتی می‌دهد تا در مورد دریافت داروی متفاوتی با ارائه‌کننده خود صحبت کنید یا از ما بخواهید که دارو را تحت پوشش قرار دهیم.

برای دریافت مقدار موقت دارو، شما باید دو قاعده زیر را برآورده کنید:

**1. دارویی که مصرف می‌کرده‌اید:**

- دیگر در فهرست دارویی ما نیست یا
- هرگز در فهرست دارویی ما نبوده است یا
- هم اکنون به صورتی محدودیت دارد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## 2. شما باید در یکی از موقعیت‌های زیر باشید:

- سال گذشته در طرح درمانی ما بوده‌اید.
- ما مقدار موقتی از داروهای شما را در **90 روز اول از یک سال تقویمی** پوشش می‌دهیم.
- این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است.
- اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده است، ما چندین تجدید نسخه را برای دریافت مقدار دارو برای حداکثر 30 روز استفاده، اجازه می‌دهیم. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه بپیچید.
- داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است داروی شما را در هر بار به مقادیر کم تامین کنند تا از اتلاف دارو جلوگیری شود.
- شما عضو جدید طرح درمانی ما هستید.
- ما مقدار موقتی از داروهای شما را برای **طول 90 روز اول عضویت شما در طرح** ما پوشش می‌دهیم.
- این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است.
- اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده است، ما چندین تجدید نسخه را برای دریافت مقدار دارو برای حداکثر 30 روز استفاده، اجازه می‌دهیم. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه بپیچید.
- داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است داروی شما را در هر بار به مقادیر کم تامین کنند تا از اتلاف دارو جلوگیری شود.
- اگر برای بیش از 90 روز عضو طرح بیمه ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید و فوراً به ذخیره دارو نیاز دارید:
- ما هزینه تأمین 31 روزه دارو را پوشش می‌دهیم، یا اگر نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد، به تعداد روز کمتری را پوشش می‌دهیم. این مورد علاوه بر تأمین مقدار موقت فوق‌الذکر است.

## D2. درخواست مقدار موقتی از دارو

- برای درخواست تأمین مقدار موقت از یک دارو، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- هنگامی که یک مقدار موقت از دارویی را دریافت می‌کنید، باید بلافاصله با ارائه‌کننده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرد هنگامی که ذخیره داروی شما تمام شد، چه کار کنید. گزینه‌های شما عبارتند از:
- می‌توانید به داروی دیگری تغییر دهید.



طرح بیمه ما ممکن است داروی دیگری را که برای شما مؤثر است، پوشش دهد. شما می‌توانید با خدمات مشتریان تماس گرفته و فهرستی از داروهای تحت پوشش که همان عارضه پزشکی را درمان می‌کنند، درخواست کنید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را، پیدا کند.

## یا

- می‌توانید برای استثناء درخواست کنید.

شما و ارائه‌کننده شما می‌توانید از ما برای استثناء درخواست کنید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست را پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌کننده شما بگوید که یک دلیل خوب پزشکی برای استثناء دارید، می‌تواند برای دریافت استثناء به شما کمک کند.

## D3. درخواست برای استثناء

اگر دارویی که مصرف می‌کنید در سال آینده از فهرست دارویی ما حذف شود یا به نحوی محدود شود، به شما اجازه می‌دهیم تا قبل از سال آینده درخواست استثناء کنید.

- هرگونه تغییر در پوشش داروی شما برای سال آینده را به شما اطلاع می‌دهیم. درخواستی برای استثناء ارائه کنید تا دارو را برای سال آینده آنطور که می‌خواهید پوشش دهیم.
  - ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبانی تجویز کننده شما) برای استثناء قائل شدن، به درخواست شما پاسخ می‌دهیم.
  - اگر با درخواست شما موافقت کنیم، پیش از اعمال تغییر، پوشش آن دارو را تأیید خواهیم کرد.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

## E. تغییر در پوشش داروهای شما

بیشتر تغییرات در پوشش دارو در 1 ژانویه اتفاق می‌افتد، اما ممکن است داروهای را در طول سال به فهرست دارویی اضافه کرده یا از آن حذف کنیم. همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. برای مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم برای یک دارو نیاز به دریافت اجازه قبلی (اجازه‌ای که پیش از دریافت دارو باید از ما دریافت کنید) باشد یا نباشد.
- مقدار دارویی را که دریافت می‌کنید، افزایش یا تغییر دهیم (سقف مقدار).
- محدودیت‌های درمان گام به گام را برای یک دارو افزایش یا تغییر دهیم (قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم ابتدا باید یک دارو را امتحان کنید).
- جایگزین کردن فرآورده بیولوژیک اصلی با نسخه بیوسیمیلار قابل جایگزینی آن فرآورده بیولوژیک.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



ما باید قبل از تغییر فهرست دارویی طرح بیمه خود، از شرایط Medicare پیروی کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این مقررات دارویی، به بخش C مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف می‌کنید که در ابتدای سال پوشش داده‌ایم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در باقی سال حذف نکرده یا تغییر نخواهیم داد، مگر آنکه:

- یک داروی جدید و ارزان‌تر وارد بازار شود که به اندازه دارویی که در حال حاضر در فهرست دارویی ما است، کارایی داشته باشد، یا
- ما متوجه شویم که دارو ایمن نیست، یا
- یک دارو از بازار جمع‌آوری شود.

اگر پوشش بیمه دارویی که مصرف می‌کنید تغییر کند، چه اتفاقی می‌افتد؟

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اتفاقاتی که با تغییر فهرست دارویی ما رخ می‌دهد، همیشه می‌توانید:

- فهرست دارویی فعلی ما را به صورت آنلاین در [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027) بررسی کنید یا
- برای بررسی فهرست دارویی فعلی ما از طریق شماره تلفن درج شده در پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است در فهرست دارویی ایجاد کنیم که در طول سال طرح بیمه فعلی بر شما تأثیر می‌گذارد

بعضی تغییرات فهرست دارویی بلافاصله اعمال می‌شوند. برای مثال:

یک داروی ژنریک جدید موجود شود. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار جدید به بازار عرضه می‌شود که همان اثر داروی مارکدار یا محصول بیولوژیکی اصلی را دارد که در حال حاضر در فهرست دارویی وجود دارد. وقتی این اتفاق رخ می‌دهد، ممکن است داروی مارکدار را حذف و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید همان مقدار باقی می‌ماند یا کمتر خواهد بود. هنگامی که داروی ژنریک جدیدی را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی مارکدار را در فهرست نگه داریم، ولی مقررات یا محدودیت پوشش آنرا تغییر دهیم.

- ممکن است شما را قبل از ایجاد این تغییر آگاه نکنیم، ولی اطلاعات مربوط به این تغییر خاص را هنگامی که ایجاد شد برای شما ارسال کنیم.
- شما یا ارائه‌کننده شما می‌توانید برای «استثناء» از این تغییرات درخواست کنید. ما اطلاعیه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که اقداماتی که برای درخواست استثناء باید انجام دهید را توضیح می‌دهد. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناءها، به فصل 9 این دفترچه مراجعه کنید.



**حذف داروهای نایمن و سایر داروهایی که از بازار جمع‌آوری شده‌اند** گاهی ممکن است یک دارو نایمن تشخیص داده شود یا به دلایل دیگری از بازار جمع‌آوری گردد. اگر این اتفاق بیفتد، ممکن است بلافاصله آن را از فهرست دارویی خود حذف کنیم. اگر آن دارو را مصرف می‌کنید، ما اعلامیه‌ای را بعد از ایجاد تغییرات برای شما ارسال خواهیم کرد. تجویز کننده شما نیز از این تغییر مطلع خواهد شد و می‌تواند با همکاری شما داروی دیگری را برای بیماری شما پیدا کند.

**ممکن است تغییرات دیگری که بر روی داروهایی که مصرف می‌کنید تأثیر دارند را، ایجاد کنیم.** ما از قبل در مورد تغییرات دیگر در فهرست دارویی، به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در موارد زیر پیش بیایند:

- FDA رهنمود جدیدی را ارائه کرده یا رهنمودهای بالینی جدیدی در مورد دارو وجود داشته باشد.

هنگامی که این تغییرات ایجاد شود، ما:

- حداقل 30 روز قبل از ایجاد تغییرات در فهرست دارویی، به شما اطلاع می‌دهیم، یا
  - به شما اطلاع داده و مقدار 30 روز ذخیره دارو را بعد از درخواست برای تجدید نسخه، در اختیار شما قرار خواهیم داد.
- این کار به شما فرصت کافی را می‌دهد تا با پزشک خود یا سایر تجویزکنندگان مشورت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تا تصمیم بگیرید که:

- آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی ما وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید یا
- اینکه باید برای ادامه پوشش دارو یا نوع دارویی که مصرف می‌کرده‌اید، درخواست استثناء از این تغییرات را داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثناء، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

### **تغییرات در فهرست دارویی که در طول سال جاری طرح، بر شما تأثیری نمی‌گذارد**

ممکن است تغییراتی در داروهایی که مصرف می‌کنید ایجاد کنیم که در بالا توضیح داده نشده و در حال حاضر بر شما تأثیری ندارد. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی را که در ابتدای سال تحت پوشش داشتیم مصرف می‌کنید، معمولاً پوشش آن دارو را در بقیه سال حذف نکرده یا تغییر نمی‌دهیم.

برای مثال، اگر دارویی را که مصرف می‌کنید حذف کنیم یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر بر مصرف دارو توسط شما برای باقی‌مانده سال تأثیری نخواهد داشت.

اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید اتفاق بیفتد (به غیر از تغییراتی که در بخش فوق ذکر شد)، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد بر روی مصرف شما تأثیری نخواهد داشت.

ما در طول سال جاری، شما را مستقیماً از این نوع تغییرات مطلع خواهیم کرد. شما باید فهرست دارویی را برای سال بعدی طرح بیمه (زمانی که این فهرست در طول دوره ثبت نام باز موجود است) بررسی کنید تا ببینید آیا تغییراتی وجود دارد که در طول سال طرح بیمه بعدی بر شما تأثیر بگذارد.



## F. پوشش دارویی در موارد ویژه

### F1. اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی که تحت پوشش طرح بیمه ما است

اگر برای مدتی در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بستری شوید و این بستری تحت پوشش طرح ما باشد، معمولاً هزینه داروهای شما در طول اقامتتان را پوشش می‌دهیم. شما هزینه سهم ثابت (copay) پرداخت نخواهید کرد. زمانیکه بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک می‌کنید، ما داروهای شما را تا زمانیکه همه مقررات پوشش بیمه‌ای ما را برآورده کنید، پوشش می‌دهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش داروها و هزینه‌ای که می‌پردازید، به **فصل 6** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

### F2. اقامت در مرکز مراقبت بلندمدت

معمولاً یک مرکز مراقبت بلندمدت از قبیل مرکز پرستاری، داروخانه خودش را دارد یا داروخانه‌ای دارد که داروها را برای همه افراد ساکن در آنجا توزیع می‌کند. اگر در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید، ممکن است بتوانید داروهای خود را از داروخانه همان مرکز دریافت کنید، در صورتی که جزو شبکه ما باشد.

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه آیا داروخانه مرکز مراقبت بلندمدت شما بخشی از شبکه ماست یا نه، به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید. اگر داروخانه در شبکه نبود یا به اطلاعات بیشتری نیاز داشتید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### F3. اقامت در آسایشگاه پایان عمر دارای مجوز Medicare

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش هم آسایشگاه پایان عمر و هم طرح بیمه ما نیستند.

- ممکن است در یک برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به برخی داروها (مانند داروهای ضد درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که مرکز مراقبت‌های آسایشگاهی شما آن‌ها را پوشش ندهد، زیرا این داروها به وضعیت بیماری نهایی و شرایط مرتبط با آن مربوط نیستند. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه کننده خدمات آسایشگاهی شما اعلانی دریافت کند که دارو با بیماری مرتبط نیست.

- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه شما را بپیچد، از ارائه کننده خدمات آسایشگاه بیماران رو به فوت یا تجویز کننده خود بخواهید تا اطمینان حاصل کند که ما اعلان مربوط به نامرتبط بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.

در صورت ترک آسایشگاه پایان عمر، طرح بیمه ما همه هزینه‌های داروئی شما را پوشش می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در مراجعه به داروخانه، هنگام پایان مزایای مراقبت‌های آسایشگاهی Medicare، اسناد را به داروخانه ببرید تا تأیید شود که آسایشگاه را ترک کرده‌اید.

به بخش‌های قبلی این فصل که در مورد داروهای تحت پوشش طرح ما است، مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره مزایای خدمات آسایشگاه پایان عمر، به **فصل 4** دفترچه اطلاعاتی/اعضا، مراجعه کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

### G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها

هر بار که یک نسخه را دریافت می‌کنید، ما به مشکلات احتمالی توجه می‌کنیم، از قبیل خطاهای دارویی یا داروهای که:

- ممکن است لازم نباشند چون داروی مشابه دیگری را مصرف می‌کنید که همان اثر را دارد
- ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- ممکن است در صورتی که با هم مصرف کنید برای شما مضر باشند
- موادی دارند که به آنها حساسیت دارید یا ممکن است به آنها حساسیت داشته باشید
- ممکن است در مقدار (دوز) اشتباه شده باشد
- دارای مقادیر نایمن از داروهای ضد درد مخدر باشند

اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروها شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه‌کننده شما همکاری می‌کنیم.

### G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت داروهایتان

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضای دارد که نیازهای درمانی پیچیده‌ای دارند. در چنین مواردی، شما ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات، بدون هزینه، از طریق برنامه مدیریت دارو درمانی (Medication Therapy Management, MTM) باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌کننده خدمات به شما، کمک می‌کند تا مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامت شما موثر و کارآمد هستند. اگر واجد شرایط این برنامه هستید، یک داروساز یا یکی از دیگر متخصصان سلامت، بررسی جامعی از همه داروهایتان به شما ارائه می‌کند و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

- چگونه از داروهای که مصرف می‌کنید بیشترین بهره را ببرید
- هرگونه نگرانی مانند هزینه داروها و واکنش‌های دارویی
- بهترین روش برای مصرف داروهایتان
- هرگونه سوال یا مشکل در مورد داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه شما

سپس به شما موارد زیر را ارائه خواهند داد:

- خلاصه‌ای از این گفتگو به صورت کتبی این خلاصه حاوی یک برنامه اقدامات دارویی است که توصیه می‌کند برای اینکه بیشترین منفعت را از داروهای خود ببرید، چه کارهایی می‌توانید انجام دهید.
- فهرست داروهای شخصی که شامل تمام داروهای که مصرف می‌کنید، مقدار مصرف، زمان مصرف و علت مصرف این داروها است.
- اطلاعات در مورد دور ریختن ایمن داروهای نسخه‌دار که جزو مواد کنترل شده هستند.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



ایده خوبی است که با تجویزکننده خود در مورد برنامه اقدامات و فهرست داروهای خود صحبت کنید.

- برنامه اقدامات دارویی و فهرست داروهای خود را هنگام ویزیت یا هر زمانی که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌کننده مراقبت درمانی صحبت می‌کنید، همراه خود داشته باشید.

- اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس می‌روید، فهرست داروهای خود را همراه داشته باشید.

برنامه‌های مدیریت دارو درمانی (MTM) داوطلبانه بوده و برای اعضای که واجد شرایط هستند، رایگان است. اگر برنامه‌ای وجود دارد که با نیازهای شما سازگاری دارد، شما را در این برنامه ثبت نام کرده و اطلاعاتی را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در این برنامه شرکت کنید، به ما اطلاع دهید تا شما را از این برنامه کنار بگذاریم.

اگر در مورد این برنامه‌ها سوالی دارید، با بخش خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

### **G3. برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DMP) برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروهای مخدر**

ما برنامه‌ای داریم که کمک می‌کند اطمینان حاصل شود که اعضا به‌طور ایمن از داروهای مخدر نسخه‌دار و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند، استفاده می‌کنند. این برنامه، برنامه مدیریت دارو (DMP) نامیده می‌شود.

اگر از داروهای مخدری استفاده می‌کنید که از چندین تجویزکننده یا داروخانه دریافت می‌نمایید یا اگر اخیراً دچار اوردوز (مصرف بیش از حد) مواد مخدر شده‌اید، ممکن است با تجویزکننده شما صحبت کنیم تا مطمئن شویم که استفاده شما از داروهای مخدر مناسب و از نظر پزشکی ضروری است. اگر با همکاری تجویزکنندگان داروهای شما، به این نتیجه برسیم که مصرف داروهای نسخه‌ای مخدر یا بنزودیازپین ممکن است ایمن نباشد، احتمال دارد نحوه دریافت این داروها را محدود کنیم. اگر شما را در برنامه DMP خود قرار دهیم، محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام شما به دریافت تمام نسخه‌های مربوط به داروهای مخدر و بنزودیازپین از یک یا چند داروخانه مشخص.
- الزام به دریافت تمامی نسخه‌های داروهای مخدر یا بنزودیازپین از یک تجویزکننده مشخص.
- محدود کردن مقدار داروهای مخدر یا بنزودیازپین که برای شما تحت پوشش قرار می‌دهیم

اگر قصد داشته باشیم نحوه دریافت این داروها یا میزان مجاز دریافت آن‌ها را محدود کنیم، پیشاپیش نامه‌ای برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما اطلاع می‌دهد که آیا پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد یا اینکه باید نسخه این داروها را فقط از یک ارائه‌کننده یا داروخانه خاص دریافت کنید.

به شما فرصت داده خواهد شد به ما اطلاع دهید که ترجیح می‌دهید از کدام تجویزکنندگان یا داروخانه‌ها استفاده کنید و همچنین هر اطلاعاتی را که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است، در اختیار ما قرار دهید. پس از اینکه فرصت پاسخ‌گویی به شما داده شد، اگر تصمیم بگیریم پوشش شما برای این داروها را محدود کنیم، نامه دیگری برایتان ارسال خواهیم کرد که این محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید اشتباهی رخ داده یا با تصمیم یا محدودیت اعمال‌شده موافق نیستید، شما و پزشک تجویزکننده می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. در صورت ارائه درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم جدیدی صادر می‌کنیم. اگر همچنان بخشی از درخواست تجدیدنظر شما را که به محدودیت‌های دسترسی به دارو مربوط می‌شود رد کنیم، پرونده

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



شما به‌طور خودکار برای بررسی به یک سازمان مستقل بررسی (Independent Review Organization, IRO) ارسال خواهد شد. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها و IRO، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.)

- DMP ممکن است برای شما اعمال نشود اگر شما:
- شرایط پزشکی خاصی مانند سرطان یا کم‌خونی داسی‌شکل داشته باشید،
- در حال دریافت مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر، تسکینی یا پایان عمر باشید، یا
- در یک مرکز مراقبت بلندمدت اقامت داشته باشید.



## فصل 6: مبلغی که برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می‌کنید

### مقدمه

این فصل هزینه‌ای که برای داروهای بیماری سرپایی خود می‌پردازید را، شرح می‌دهد. منظور ما از «داروها»:

- داروهای Medicare بخش D، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx.

از آنجا که واجد شرایط Medi-Cal هستید، از کمک اضافی Medicare برای کمک به پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D خود برخوردار می‌شوید. ما یک الحاقیه جداگانه با عنوان «الحاقیه مدارک پوشش بیمه برای افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار کمک اضافی دریافت می‌کنند» (که با عنوان «الحاقیه یارانه برای افراد کم‌درآمد» یا «الحاقیه LIS» نیز شناخته می‌شود) برای شما ارسال کرده‌ایم، که درباره پوشش دارویی شما توضیح می‌دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید و «الحاقیه LIS» را درخواست کنید.

**برنامه کمک اضافی (Extra Help)**، یکی از برنامه‌های Medicare است که به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند هزینه‌های داروهای Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیزها و سهم بیمه‌شده خود را کاهش دهند. «کمک اضافی» (Extra Help)، با عنوان «برنامه یارانه برای افراد کم‌درآمد» یا «LIS» نیز شناخته می‌شود.

سایر عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروها، می‌توانید به این منابع مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.
  - ما این فهرست را «فهرست دارویی» می‌نامیم. این فهرست به شما می‌گوید:
    - هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
    - هر دارو در کدامیک از پنج ردیف سهم هزینه قرار دارد
    - آیا هیچ‌گونه محدودیتی برای داروها وجود دارد یا خیر
  - اگر به نسخه‌ای از فهرست دارویی ما نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. شما می‌توانید آخرین نسخه فهرست دارویی را در وبسایت ما به آدرس [blueshieldca.com/medformulary2027](https://blueshieldca.com/medformulary2027) نیز پیدا کنید.
  - اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هستند. سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر، از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) بازدید کنید. همچنین

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً وقتی از طریق Medi-Cal Rx دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را بیاورید.

● **فصل 5 این کتابچه اطلاعاتی اعضا.**

- توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید داروهای سرپایی خود را از طریق طرح ما دریافت کنید.
- این فصل شامل مقرراتی می‌باشد که لازم است دنبال کنید. همچنین مشخص می‌کند که کدام نوع داروها تحت پوشش طرح ما نیستند.
- وقتی از «ابزار مزایای لحظه‌ای» طرح برای بررسی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نمایش داده‌شده برآوردی از هزینه‌های هزینه پرداخت شده از جیب شما است که انتظار می‌رود شما پرداخت کنید. شما می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید تا اطلاعات بیشتری دریافت کنید.

● **فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها ما**

- در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند با ما همکاری کنند.
- **فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها**، داروخانه‌های شبکه ما را فهرست می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.



## فهرست مطالب

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. شرح مزایا (EOB).....                                                                 | 177 |
| B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی.....                                                 | 178 |
| B1. اگر اشتباهی در این خلاصه گزارش پیدا کردید باید چه کنید؟.....                        | 179 |
| B2. در مورد تقلب‌های احتمالی چطور؟.....                                                 | 180 |
| C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D.....                                       | 180 |
| D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه.....                                                       | 181 |
| D1. گزینه‌های شما برای داروخانه.....                                                    | 181 |
| D2. دریافت ذخیره بلندمدت از یک دارو.....                                                | 182 |
| D3. مبلغی که شما باید بپردازید.....                                                     | 182 |
| D4. پایان مرحله پوشش اولیه.....                                                         | 185 |
| E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی.....                                                      | 185 |
| F. هزینه داروی شما در صورتی که پزشکتان کمتر از مقدار مصرف یک ماه کامل را تجویز کند..... | 185 |
| G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید.....                                    | 186 |
| G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید.....                                           | 186 |
| G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید.....                     | 187 |

## A. شرح مزایا (EOB)

طرح ما سوابق هزینه داروهای شما و پرداخت‌هایی که هنگام دریافت نسخه در داروخانه انجام می‌دهید را ثبت می‌کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

- **هزینه پرداخت شده از جیب شما.** این مبلغی می‌باشد که شما یا سایر افراد از طرف شما، برای نسخه‌های شما می‌پردازند. این شامل مبالغی است که هنگام دریافت یک داروی بخش D تحت پوشش پرداخت کرده‌اید، هرگونه پرداختی برای داروهای شما که توسط خانواده یا دوستان انجام شده باشد، و هرگونه پرداختی برای داروهای شما که از طریق برنامه «کمک اضافی» Extra Help از Medicare، برنامه درمانی اتحادیه کارگری یا کارفرما، خدمات سلامت سرخپوستان آمریکا (Indian Health Service)، برنامه‌های کمک برای داروهای ایذ، مؤسسات خیریه و بیشتر برنامه‌های ایالتی کمک دارویی (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) انجام شده باشد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



- **کل هزینه‌های دارویی شما.** این کل مبلغی می‌باشد که برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت شده است. این هزینه، شامل مبلغی که طرح بیمه ما پرداخت کرده است یا مبلغی که سایر برنامه‌ها یا سازمان‌ها برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت کرده‌اند، می‌شود.

هنگامی که داروها را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید، ما خلاصه‌گزارشی را برای شما ارسال می‌کنیم که شرح مزایا (*Explanation of Benefits, EOB*) خوانده می‌شود. به این گزارش مختصراً EOB می‌گوییم. EOB صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که شما مصرف می‌کنید، مانند افزایش قیمت و سایر داروهایی که ممکن است با سهم هزینه کمتر در دسترس باشند، ارائه می‌دهد. شما می‌توانید درباره این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با تجویز کننده خود صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر می‌شود:

- **اطلاعات برای این ماه.** این قسمت حاوی داروهایی می‌باشد که در ماه قبل دریافت کرده‌اید. این گزارش کل هزینه‌های دارویی، مبلغی که ما پرداخت کرده‌ایم و آنچه شما و دیگران برای شما پرداخت کرده‌اند را، نشان می‌دهد.
- **جمع کل برای سال از 1 ژانویه.** این مورد مجموع هزینه‌های دارو و مجموع پرداخت‌های شما برای داروها را از ابتدای سال نشان می‌دهد.
- **اطلاعات قیمت دارو.** این مبلغ، قیمت کل دارو و تغییرات قیمت آن از زمان اولین تهیه برای هر نسخه با مقدار مشابه است.
- **جایگزین‌های ارزان‌تر.** در صورت وجود، اطلاعات مربوط به سایر داروهای موجود با سهم هزینه کمتر برای هر نسخه، در این قسمت قابل مشاهده است.

ما داروهایی که تحت پوشش Medicare نمی‌باشد را پوشش می‌دهیم.

- **مبالغ پرداخت‌شده برای این داروها در مجموع هزینه‌های پرداخت شده از جیب، محاسبه نمی‌شوند.**
- **اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید، تحت پوشش این طرح بیمه درمانی هستند.** سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر از وب سایت Medi-Cal Rx به نشانی ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal با شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً وقتی از طریق Medi-Cal Rx دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal یا (BIC) خود را همراهتان بیاورید.
- **برای کسب اطلاعات در مورد داروهایی که طرح بیمه ما پوشش می‌دهد، به فهرست دارویی ما مراجعه کنید.**

## B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی

برای ردگیری حساب هزینه‌های دارویی شما و مبالغی که پرداخت می‌کنید، ما از مدارک دریافت شده از سوی شما و داروخانه شما استفاده می‌کنیم. شما به این صورت می‌توانید به ما کمک کنید:

### 1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

کارت شناسایی عضو خود را هر بار که نسخه‌ای را دریافت می‌کنید، نشان دهید. این کار به ما کمک خواهد کرد که بدانیم چه نسخه‌هایی را دریافت و چه مبلغی را پرداخت کرده‌اید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**2. مطمئن شوید که اطلاعات مورد نیاز در اختیار ما قرار دارد.**

شما می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو، درخواست بدهید. رسیدهای مربوط به داروهای تحت پوشش را که هزینه آنها را پرداخت کرده‌اید، در اختیار ما قرار دهید. در اینجا مواقعی که باید نسخه‌ای از رسیدهای خود را به ما بدهید، ذکر شده است:

- زمانی که داروی تحت پوشش را از یک داروخانه داخل شبکه با قیمت ویژه خریداری کنید یا از کارت تخفیفی استفاده کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست.
- وقتی برای داروهایی که از طریق برنامه کمک به بیماران شرکت سازنده دارو دریافت می‌کنید، سهم ثابت بیمه‌شده پرداخت کنید.
- هنگامی که داروهای تحت پوشش را از یک داروخانه خارج از شبکه خریداری کنید.
- وقتی در شرایط خاص، تمام هزینه یک داروی تحت پوشش را پرداخت می‌کنید.

برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست بازپرداخت سهم هزینه ما برای دارو، به **فصل 7** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

**3. اطلاعات مربوط به پرداخت‌هایی را که دیگران از طرف شما انجام می‌دهند، برای ما ارسال کنید.**

مبالغی که توسط برخی اشخاص و سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز به حساب هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما گذاشته می‌شوند. برای مثال، پرداخت‌هایی که توسط برنامه ایالتی کمک دارویی، برنامه کمک به داروهای ایدز (ADAP)، خدمات سلامت سرخپوستان آمریکا و بیشتر مؤسسات خیریه انجام می‌شوند، جزء هزینه‌های پرداختی از جیب شما محسوب می‌شوند. این موضوع می‌تواند به شما کمک کند تا برای مرحله پوشش بحرانی واجد شرایط شوید. هنگامیکه وضعیت شما به «مرحله پوشش بحرانی» برسد، طرح بیمه ما همه هزینه‌های داروهای Medicare بخش D را برای مابقی سال پرداخت خواهد کرد.

**4. گزارش شرح مزایا (EOB) را که برای شما ارسال می‌کنیم، بررسی کنید.**

وقتی یک گزارش شرح مزایا (EOB) را از طریق پست دریافت می‌کنید، اطمینان حاصل کنید که کامل و صحیح است.

- آیا نام داروخانه‌ها را درست است؟ تاریخ‌ها را بررسی کنید. آیا آن روز دارویی را دریافت کرده‌اید؟
- آیا داروهای فهرست شده را دریافت کرده‌اید؟ آیا آن داروها با موارد ذکر شده در رسیدهای شما مطابقت دارند؟ آیا داروها با نسخه تجویز شده توسط پزشک مطابقت دارند؟

**B1. اگر اشتباهی در این خلاصه گزارش پیدا کردید باید چه کنید؟**

اگر چیزی در این EOB برایتان نامفهوم است یا به نظرتان درست نمی‌آید، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با ما تماس بگیرید. همچنین می‌توانید پاسخ بسیاری از سوالات را در وب سایت ما بیابید: [blueshield.com/medicare](https://www.blueshield.com/medicare).



**B2. در مورد تقلب‌های احتمالی چطور؟**

اگر این خلاصه گزارش حاوی داروهایی است که شما مصرف نمی‌کنید یا حاوی هر چیز دیگری است که از نظر شما مشکوک است، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما از طریق بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.
- یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (شماره 1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می‌توانید به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید که ارائه‌دهنده‌ای که از Medi-Cal استفاده می‌کند مرتکب تقلب، اتلاف منابع یا سوءاستفاده شده است، حق دارید از طریق تماس با شماره رایگان و محرمانه 1-800-822-6222 آن را گزارش دهید.
- سایر روش‌های گزارش تقلب در Medi-Cal را می‌توانید در آدرس زیر پیدا کنید:  
[www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)

اگر فکر می‌کنید که یک مورد اشتباه است یا از قلم افتاده یا اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این EOB ها را نگه دارید. این گزارشات، سابقه مهم از هزینه‌های دارویی شما هستند.

**C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D**

دو مرحله برای پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D تحت پوشش برنامه درمانی ما وجود دارد مبلغی که برای هر نسخه پرداخت می‌کنید، به سطح «کمک اضافی» (Extra Help) شما و مرحله‌ای که هنگام دریافت یا تمدید نسخه در آن قرار دارید، بستگی دارد. این دو مرحله عبارتند از:

| مرحله 1: مرحله پوشش اولیه                                                                                                         | مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما، سهم ثابت نامیده می‌شود. | در طول این مرحله، ما کل هزینه داروهای شما را تا 31 دسامبر 2027 پرداخت می‌کنیم.                     |
| این مرحله در هنگام دریافت اولین نسخه در سال، برای شما شروع می‌شود.                                                                | شما این مرحله را زمانی آغاز می‌کنید که مبلغ مشخصی از هزینه‌های پرداخت از جیب را پرداخت کرده باشید. |



## D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در طول مرحله پوشش اولیه، ما سهم هزینه خود از داروهای تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما، سهم ثابت نامیده می‌شود. مبلغ این سهم ثابت، بستگی به ردیف سهم هزینه‌ای که دارو در آن است و محلی دارد که آن را دریافت می‌کنید.

ردیف سهم هزینه، گروهی از داروها می‌باشند که سهم ثابت یکسان دارند. هر دارویی در فهرست *دارویی طرح درمانی* ما، در یکی از پنج ردیف سهم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هر چقدر شماره ردیف بالاتر باشد، سهم ثابت بیمه شده برای دارو بیشتر است. برای کسب اطلاعات در مورد ردیف سهم هزینه داروهایتان، به *فهرست دارویی* ما مراجعه کنید.

- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی (با کمترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای ژنریک ترجیحی. مبلغ سهم ثابت \$0 است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 2: داروهای ژنریک - شامل داروهای ژنریک و داروهای بیوسیمیلار. مبلغ سهم ثابت \$0 است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: داروهای ترجیحی با نام تجاری - شامل داروهای ترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار و برخی داروهای ژنریک است. مبلغ سهم ثابت، بسته به درآمد شما، از \$0 تا \$14.40 است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4: داروهای غیرترجیحی - شامل داروهای غیرترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار، و برخی از داروهای ژنریک می‌باشد. مبلغ سهم ثابت، بسته به درآمد شما، از \$0 تا \$14.40 است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی (با بیشترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای مارک دار بسیار گران، داروهای بیوسیمیلار و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به پردازش خاص و/یا نظارت از نزدیک داشته باشند. مبلغ سهم ثابت، بسته به درآمد شما، از \$0 تا \$14.40 است.

## D1. گزینه‌های شما برای داروخانه

مبلغی که برای دارو می‌پردازید بستگی دارد که دارو را از کدامیک از موارد زیر دریافت کرده‌اید:

داروخانه خرده فروشی عضو شبکه یا

- داروخانه خرده‌فروشی داخل شبکه که سهم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهد. هزینه‌ها ممکن است در داروخانه‌هایی که سهم هزینه ترجیحی ارائه می‌دهند، کمتر باشد.
- داروخانه خارج از شبکه. ما در موارد محدود، هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش می‌دهیم. برای اینکه بدانید چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم، به **فصل 5** این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.
- داروخانه تحویل در منزل طرح ما.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه‌ها، به **فصل 5** دفترچه *اطلاعاتی اعضا* و به *فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌های ما* مراجعه کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**D2. دریافت ذخیره بلندمدت از یک دارو**

برای برخی داروها، می‌توانید ذخیره بلندمدت از دارو را در هنگام پیچیدن نسخه خود، دریافت کنید («ذخیره افزایش یافته» یا extended supply نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلند مدت دارو، مقدار حداکثر 100 روزه از دارو است. هزینه این روش برای شما همان هزینه ذخیره یک ماهه است.

برای جزئیات مکان و نحوه دریافت ذخیره بلند مدت دارو به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا یا فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

**D3. مبلغی که شما باید بپردازید**

در طول مرحله پوشش اولیه، هربار که نسخه‌ای را دریافت می‌کنید، ممکن است نیاز به پرداخت یک سهم ثابت باشد. اگر هزینه داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم ثابت بیمه‌شده باشد، شما قیمت کمتر را پرداخت خواهید کرد.

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه سهم ثابت بیمه شده شما برای هر داروی تحت پوشش چقدر است با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



سهم شما از هزینه هنگام دریافت ذخیره یک‌ماهه از داروی تحت پوشش از:

| داروهای داروخانه‌های شبکه                             | داروهای داروخانه‌های شبکه                                                                 | خدمات تحویل در منزل طرح ما                                           | داروهای داروخانه‌های شبکه                                                                 | داروهای داروخانه‌های خارج از شبکه                                                                                |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز                         | ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز                                                             | ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز                                        | ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز                                                             | ذخیره برای حداکثر 31 روز<br>موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید. |
| داروهای دارای سهم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی) | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     | خدمات تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در ردیف 1 ارائه نمی‌شود. | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                                            |
| داروهای دارای سهم هزینه ردیف 2 (داروهای ژنریک)        | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     | خدمات تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در ردیف 2 ارائه نمی‌شود. | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                                            |
| داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: (داروهای برند ترجیحی) | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | خدمات تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در ردیف 3 ارائه نمی‌شود. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.                        |
| داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4 (داروهای غیر-ترجیحی)   | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | خدمات تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در ردیف 4 ارائه نمی‌شود. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.                        |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| داروهای داروخانه‌های شبکه                                                                                            | داروهای داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت عضو شبکه                                     | خدمات تحویل در منزل طرح ما                                                                | داروهای داروخانه‌های شبکه                                                                 | داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5 (داروهای ردیف تخصصی) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز                                                                                        | ذخیره برای حداکثر 31 روز                                                                  | ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز                                                             | ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز                                                             |                                                     |
| از شبکه داروخانه‌های خارج                                                                                            |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                     |
| ذخیره برای حداکثر 30 روز پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی/عضو مراجعه کنید. |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                           |                                                     |
| \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.                            | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. |                                                     |

سهم شما از هزینه زمانی که ذخیره بلندمدت از یک داروی تحت پوشش را دریافت می‌کنید از:

| داروهای داروخانه‌های شبکه                                                                 | خدمات تحویل در منزل طرح ما                                                                | داروهای داروخانه‌های شبکه | داروهای دارای سهم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|
| ذخیره بلندمدت یا مقدار حداکثر 100 روزه دارو                                               | ذخیره بلندمدت یا مقدار حداکثر 100 روزه دارو                                               |                           |                                                       |
| \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     |                           |                                                       |
| \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     | \$0 سهم ثابت بیمه شده                                                                     |                           |                                                       |
| \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. |                           |                                                       |
| \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. |                           |                                                       |
| \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. |                           |                                                       |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| داروهای شبکه                                        | خدمات تحویل در منزل طرح ما                                                                |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ذخیره بلندمدت یا مقدار حداکثر 100 روزه دارو         | ذخیره بلندمدت یا مقدار حداکثر 100 روزه دارو                                               |
| داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4 (داروهای غیر-ترجیحی) | \$0، \$5.00 یا \$14.40 سهم ثابت، بر اساس سطح کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند. |
| داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5 (داروهای ردیف تخصصی) | ذخیره بلندمدت برای داروهای ردیف 5 موجود نیست.                                             |

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدامیک از داروخانه‌ها می‌توانند ذخیره‌های بلندمدت از دارو را به شما بدهند، به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

#### D4. پایان مرحله پوشش اولیه

«مرحله پوشش اولیه» هنگامی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه‌هایی که از جیب خودتان پرداخت کرده‌اید به \$2,400 برسد. در آن مرحله، «مرحله پوشش وضعیت بحرانی» شروع می‌شود. ما همه هزینه‌های داروئی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می‌دهیم. گزارشات EOB به شما کمک می‌کند که حساب مبالغی که برای داروهای خود در طول سال می‌پردازید را، نگهداری و پیگیری کنید. اگر به محدوده \$2,400 برسید، ما به شما اطلاع می‌دهیم. افراد زیادی در طول یک سال به این محدوده نمی‌رسند.

#### E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

هنگامیکه به سقف \$2,400 پرداخت نقدی از جیب برای داروهای نسخه‌ای خود رسیدید، «مرحله پوشش بحرانی» شروع می‌شود. شما تا پایان سال تقویمی، در «مرحله پوشش بحرانی» باقی خواهید ماند. در طول این مرحله، شما هیچ مبلغی برای داروهای تحت پوشش بخش D پرداخت نمی‌کنید.

#### F. هزینه داروی شما در صورتی که پزشکتان کمتر از مقدار مصرف یک ماه کامل را تجویز کند

در برخی موارد، شما معمولاً سهم ثابت بیمه شده را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می‌کنید. ولی پزشک شما می‌تواند مقدار مصرف کمتر از یک ماه از داروها را تجویز کند.

- ممکن است موقعیت‌هایی وجود داشته باشد که بخواهید از پزشک خود درخواست کنید که ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را تجویز کند (برای مثال هنگامی که دارویی را برای اولین بار مصرف می‌کنید).



- اگر پزشک شما موافقت کند، لزومی ندارد که هزینه ذخیره یک ماه کامل را برای داروهای خاص پرداخت کنید.
- هنگامیکه ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را دریافت می‌کنید، هزینه‌ای که پرداخت می‌کنید براساس تعداد روزهایی است که دارو دریافت می‌کنید. ما مبلغی را که در هر روز برای دارو پرداخت می‌کنید («نرخ سهم هزینه روزانه») محاسبه کرده و آنرا در تعداد روزهایی که دارو را دریافت می‌کنید، ضرب می‌کنیم.
- برای مثال: فرض کنید که سهم ثابت بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (مقدار 30 روزه دارو) \$1.35 باشد. این بدین معنی است که مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 است. اگر مقدار هفت روزه از دارو دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از \$0.05 در روز ضربدر هفت روز، یعنی در مجموع کمتر از \$0.35، خواهد بود.
- سهم هزینه روزانه به شما امکان می‌دهد تا قبل از اینکه لازم باشد هزینه تامین دارو برای کل ماه را بپردازید، مطمئن شوید که دارو برای شما مفید و موثر بوده است.
- همچنین می‌توانید از ارائه کننده خود بخواهید که مقدار دارو برای کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند تا بتوانید:
  - برای زمان تمدید نسخه داروهای خود برنامه‌ریزی بهتری داشته باشید.
  - تمدید نسخه‌های داروهای مختلف را با یکدیگر هماهنگ کنید تا دفعات کمتری به داروخانه مراجعه کنید.

## G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید

پیام مهم درباره مبالغی که بابت واکسن می‌پردازید: برخی واکسن‌ها مزایای پزشکی محسوب می‌شوند و تحت پوشش Medicare بخش B هستند. سایر واکسن‌ها داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست دارویی ما پیدا کنید. طرح بیمه ما بیشتر واکسن‌های Medicare بخش D را بدون هزینه برای شما پوشش می‌دهد. به فهرست دارویی طرح بیمه ما مراجعه کنید یا برای کسب اطلاعات دقیق‌تر در مورد پوشش و سهم هزینه واکسن‌های خاص با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

پوشش واکسن‌های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

1. بخش اول مربوط به هزینه خود واکسن است.
2. بخش دوم مربوط به هزینه تزریق واکسن به شما است. به عنوان مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به صورت تزریقی توسط پزشک خود دریافت کنید.

### G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید

توصیه می‌کنیم در صورتی که تصمیم دارید واکسینه شوید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- ما می‌توانیم اطلاعاتی در مورد نحوه پوشش واکسن شما توسط طرح بیمه‌مان را به شما ارائه کرده و سهم شما از هزینه را توضیح دهیم.
- ما می‌توانیم شما را راهنمایی کنیم که چگونه با استفاده از داروخانه‌ها و ارائه کنندگان شبکه، هزینه‌های خود را کاهش دهید. داروخانه‌ها و ارائه کنندگان شبکه توافق کرده‌اند که با طرح بیمه ما همکاری کنند. ارائه کننده شبکه



با ما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود که هیچ هزینه‌ای برای واکسن Medicare بخش D پیش روی شما نیست.

## G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید

هزینه‌ای که برای واکسن پرداخت می‌کنید به نوع واکسن بستگی دارد (برای چه عارضه‌ای واکسینه می‌شوید).

- برخی واکسن‌ها به جای دارو به عنوان مزایای بهداشتی محسوب می‌شوند. این واکسن‌ها تحت پوشش هستند و هیچ هزینه‌ای برای شما ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش این واکسن‌ها، به جدول مزایا در **فصل 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.

- سایر واکسن‌ها به عنوان داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در **فهرست دارویی** طرح بیمه ما پیدا کنید. ممکن است لازم باشد که سهم ثابت بیمه‌شده برای واکسن‌های Medicare بخش D را بپردازید. اگر واکسن توسط سازمانی به نام **کمیته مشورتی روش‌های ایمن‌سازی (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** برای بزرگسالان توصیه شده باشد، واکسن هیچ هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

در اینجا سه روش معمول دریافت واکسن Medicare بخش D ذکر می‌شود.

### 1. واکسن Medicare بخش D و تزریق واکسن خود را در یک داروخانه شبکه دریافت کنید.

- برای بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.
  - برای سایر واکسن‌های بخش D، برای واکسن یک سهم ثابت پرداخت می‌کنید.
2. واکسن Medicare بخش D خود را در مطب پزشکتان دریافت کنید و پزشکتان واکسن را به شما تزریق کند.
- برای واکسن، یک سهم ثابت بیمه شده به پزشک خود پرداخت می‌کنید.
  - طرح درمانی ما، هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می‌کند.
  - مطب پزشک در این شرایط باید با طرح ما تماس بگیرد تا بتوانیم مطمئن شویم که آنها مطلع هستند که شما فقط باید سهم ثابت بیمه‌شده را برای واکسن را پرداخت کنید.

### 3. شما واکسن Medicare بخش D خود را از یک داروخانه دریافت کرده و خودتان آنرا برای تزریق به مطب پزشکتان ببرید.

- برای بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه‌ای برای خود واکسن پرداخت نمی‌کنید.
- برای سایر واکسن‌های بخش D، برای واکسن یک سهم ثابت پرداخت می‌کنید.
- طرح درمانی ما، هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می‌کند.



## فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم هزینه‌مان از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

### مقدمه

در این فصل، اطلاعات لازم در مورد چگونگی و زمان ارسال صورتحساب برای ما جهت درخواست پرداخت در اختیاران قرار می‌گیرد. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر را در صورتی که با تصمیم پوشش موافق نیستید، برای شما توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

### فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما ..... 189
- B. ارسال درخواست پرداخت برای ما ..... 193
- C. تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها (تصمیم‌های پوششی) ..... 193
- D. تجدیدنظرها ..... 194



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

ارائه‌کنندگان شبکه پس از ارائه خدمات و داروهای تحت پوشش به شما باید صورتحساب آن را برای طرح بیمه ارسال کنند. ارائه‌کننده داخل شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با این طرح بیمه درمانی، همکاری دارد.

ما به ارائه‌کنندگان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan اجازه نمی‌دهیم هزینه این خدمات یا داروها را از شما مطالبه کنند. ما هزینه ارائه‌کنندگان خود را مستقیماً پرداخت می‌کنیم و از شما در مقابل هرگونه مطالبه هزینه، محافظت می‌کنیم.

اگر برای کل هزینه مراقبت درمانی یا داروها صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را پرداخت نکنید و آن را برای ما ارسال کنید. برای ارسال صورتحساب به ما، به فصل 7، بخش B مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش باشند، هزینه را مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش ما باشد و شما قبلاً بیش از سهم خود از هزینه را پرداخت کرده باشید، این حق شماس است که این مبلغ به شما بازپرداخت شود.
- اگر شما برای خدمات تحت پوشش Medicare هزینه‌ای پرداخت کرده‌اید، ما آن را به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر برای خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید هزینه‌ای پرداخت کرده‌اید، در صورتی که تمام شرایط زیر را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط بازپرداخت (برگشت هزینه پرداخت‌شده به شما) باشید:
  - خدمات دریافت شده جزو خدمات تحت پوشش Medi-Cal باشد که ما مسئول پرداخت آن هستیم.
  - برای خدماتی که تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan نیست، هزینه‌ای را به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.
  - خدمات تحت پوشش را بعد از اینکه واجد شرایط عضویت در طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan شدید، دریافت کنید.
  - برای بازپرداخت ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش درخواست دهید.
  - مدرکی را ارائه کنید که ثابت کند، هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، از قبیل رسید مشروح از ارائه‌کننده.
  - شما خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کننده‌ای دریافت کرده باشید که در Medi-Cal ثبت‌نام کرده و در شبکه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan قرار دارد. اگر مراقبت‌های اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی را دریافت کرده‌اید که Medi-Cal اجازه می‌دهد از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه بدون تاییدیه قبلی (اجازه قبلی) دریافت کنید، لزومی ندارد که این شرط را برآورده کنید.
- اگر خدمات تحت پوشش در حالت عادی به تاییدیه قبلی (اجازه قبلی) نیاز دارد، شما باید مدرکی را از سوی ارائه‌کننده ارائه کنید که ضرورت پزشکی برای خدمات تحت پوشش را نشان دهد.



- **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan** در نامه‌ای به نام «اعلامیه اقدامات» (یا Notice of Action)، به شما اطلاع خواهد داد که آیا هزینه را به شما بازپرداخت خواهد کرد یا خیر. اگر همه شرایط فوق را برآورده کنید، ارائه‌کننده عضو **Medi-Cal** باید مبلغی که پرداخت کرده‌اید را به طور کامل به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه‌کننده از برگشت هزینه شما خودداری کند، **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan** کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت درخواست مطالبه، مبلغ را به شما بازپرداخت می‌کنیم. اگر ارائه‌کننده در **Medi-Cal** ثبت‌نام کرده باشد، اما در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت هزینه شما خودداری کند، **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan** هزینه شما را بازپرداخت خواهد کرد، اما فقط تا سقفی که **Medi-Cal** تحت طرح «پرداخت به ازای خدمات» (Fee-for-Service, FFS) پرداخت می‌کرد. **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan** کل مبلغی را که برای خدمات اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا هزینه هر نوع خدمات دیگری را که شما از جیب خود پرداخته‌اید، به شما بازپرداخت خواهد کرد، مشروط بر اینکه، خدماتی باشد که **Medi-Cal** اجازه می‌دهد بدون تأییدیه قبلی توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ارائه شود. اگر یکی از شرایط فوق را برآورده نکنید، ما مبلغ را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

- در موارد زیر مبلغ را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد:

- خدماتی را درخواست و دریافت کرده باشید که تحت پوشش **Medi-Cal** نباشند، از قبیل خدمات زیبایی.
- این خدمات جزء خدمات تحت پوشش **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan** نباشد.
- به پزشکی مراجعه کنید که **Medi-Cal** را قبول نمی‌کند و فرمی را امضاء کرده باشید مبنی بر اینکه می‌خواهید به هر حال معاینه شوید و خودتان هزینه خدمات را پرداخت خواهید کرد.

- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر سوالی دارید با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود، تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید که چقدر باید پرداخت می‌کردید یا اگر صورتحسابی را دریافت کردید و نمی‌دانید با آن چه کار کنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی را در مورد درخواست پرداخت مبلغی که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید در اختیار ما قرار دهید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

نمونه‌هایی از مواردی که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورتحسابی که دریافت کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم، عبارتند از:

1. **هنگامی که مراقبت اورژانس یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید** از ارائه‌کننده بخواهید که برای ما صورتحساب ارسال کند.

- اگر در هنگام دریافت مراقبت، کل مبلغ را پرداخت کردید، از ما بخواهید که مبلغ سهم هزینه خود را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و هرگونه سند از مبلغی که پرداخت کرده‌اید را، برای ما ارسال کنید.
- شما ممکن است از ارائه‌کننده صورتحسابی را دریافت کنید که از شما می‌خواهد مبلغی را پرداخت کنید در حالیکه فکر می‌کنید بدهکار نیستید. صورتحساب و هرگونه سند از مبلغی که پرداخت کرده‌اید را، برای ما ارسال کنید.
- اگر هزینه باید به ارائه‌کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر قبلاً بیش از سهم خود از هزینه برای خدمات **Medicare** پرداخت کرده‌اید، ما مبلغی که بدهکار هستید را محاسبه کرده و سهم هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم.



**2. هنگامی که ارائه‌کننده شبکه برای شما صورت‌حساب بفرستد**

ارائه‌کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورت‌حساب بفرستند. مهم است که هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی عضو خود را نشان دهید؛ با این حال، گاهی اوقات ارائه‌کنندگان شبکه اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند هزینه خدمات یا مبلغی بیش از سهم هزینه خود را پرداخت کنید. **اگر صورت‌حساب دریافت کردید** از طریق شماره موجود در پایین این صفحه با **خدمات مشتریان** یا با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود تماس بگیرید.

- به‌عنوان عضو طرح، زمانی که خدمات تحت پوشش ما را دریافت می‌کنید، فقط سهم ثابت بیمه شده را پرداخت می‌کنید. ما به ارائه‌کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که بیشتر از این مقدار برای شما صورت‌حساب صادر کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات مطالبه کرده صادق است. حتی اگر تصمیم بگیریم که هزینه برخی مطالبات را نپردازیم، همچنان شما نباید آنها را پرداخت کنید.
- هر زمان که صورت‌حسابی را از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت کردید که فکر می‌کنید بیش از مقداریست که باید بپردازید، صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.
- اگر قبلاً صورت‌حساب یک ارائه‌کننده شبکه را بابت خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت کرده‌اید ولی احساس می‌کنید که بیش از حد پرداخت کرده‌اید، صورت‌حساب و مدرک هر مبلغ پرداخت شده را برای ما ارسال کنید. ما هزینه خدمات تحت پوشش شما را بازپرداخت خواهیم کرد یا مابه‌التفاوت مبلغی را که پرداخت کرده‌اید و مبلغی را که طبق طرح ما باید پرداخت می‌کردید، به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

**3. اگر قبلاً در طرح ما ثبت نام کرده‌اید**

گاهی اوقات ممکن است ثبت‌نام شما در این طرح به صورت عطف‌به‌ماسبق انجام شود. (به این معنی که روز اول عضویت شما در گذشته بوده است. حتی ممکن است یک سال از آن گذشته باشد.)

- اگر عضویت شما به‌صورت عطف‌به‌ماسبق انجام شده و پس از تاریخ شروع عضویت، صورت‌حسابی را پرداخت کرده‌اید، می‌توانید از ما درخواست کنید مبلغ پرداختی را به شما بازپرداخت کنیم.
- صورت‌حساب و هرگونه سند از مبلغی که پرداخت کرده‌اید را، برای ما ارسال کنید.

**4. هنگامی که از داروخانه خارج از شبکه برای پیچیدن نسخه استفاده می‌کنید**

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

- ما تنها در چند مورد هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش خواهیم داد. هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم هزینه‌مان درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- ممکن است تفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت کردید و مبلغی که در داروخانه درون شبکه پرداخت خواهیم کرد را به شما بازپرداخت نکنیم.



## 5. هنگامی که به دلیل همراه نداشتن کارت شناسایی عضویت، هزینه کامل نسخه Medicare بخش D را پرداخت می‌کنید

اگر کارت شناسایی عضویت را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرد یا اطلاعات عضویت در طرح بیمه شما را بررسی کند.

- اگر داروخانه نمی‌تواند فوراً به اطلاعات دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید یا مجدداً با همراه داشتن کارت شناسایی عضویت خود به داروخانه مراجعه کنید.
- هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم هزینه‌مان درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.
- اگر مبلغ نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت مذاکره شده ما برای نسخه باشد، ممکن است هزینه کامل پرداخت شده را به شما بازپرداخت نکنیم.

## 6. هنگامی که هزینه کامل نسخه Medicare بخش D را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

ممکن است لازم باشد که هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید، چون دارو تحت پوشش نیست.

- دارو ممکن است در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) در وبسایت ما موجود نباشد، یا ممکن است شرایط یا محدودیتی داشته باشد که شما نمی‌دانستید یا فکر می‌کنید که نباید برای شما اعمال شود. اگر تصمیم بگیرید که دارو را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل آن را پرداخت کنید.
  - اگر هزینه دارو را پرداخت نکنید به این دلیل که فکر می‌کنید ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید درخواستی برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش ارسال کنید (به فصل 9، دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید).
  - اگر شما و پزشک شما یا سایر تجویز کنندگان فکر می‌کنید که فوراً (ظرف 24 ساعت) به این دارو نیاز دارید، می‌توانید برای یک تصمیم پوششی تسریع‌شده درخواست کنید (به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید).
  - هنگامی که از ما درخواست بازپرداخت می‌کنید، رونوشتی از رسید خود را برای ما ارسال کنید. در برخی موارد ممکن است به اطلاعات بیشتری از سوی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر نیاز داشته باشیم تا سهم خود از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم. اگر قیمتی که پرداخت کردید بالاتر از قیمت مذاکره شده ما برای نسخه باشد، ممکن است هزینه کامل پرداخت شده را به شما بازپرداخت نکنیم.
- هنگامی که درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش قرار گیرد یا نه. این موضوع «تصمیم پوششی» خوانده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار دهیم، سهم هزینه خود از آن را پرداخت خواهیم کرد.
- اگر درخواست شما برای پرداخت هزینه را رد کنیم، شما می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.



## B. ارسال درخواست پرداخت برای ما

صورت‌حساب و هرگونه مدرک مبالغ پرداخت شده بابت خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت شده می‌تواند یک رونوشت از چکی باشد که نوشته‌اید یا رسیدی که از ارائه‌کننده دریافت کرده‌اید. **خوب است که از صورت‌حساب و رسیدهای خود برای بایگانی کپی بگیرید.** می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود درخواست راهنمایی کنید. باید اطلاعات مطالبه پزشکی خود را ظرف یک سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کرده‌اید، ارسال کنید. شما باید درخواست بازپرداخت هزینه داروی نسخه‌ای بخش D خود را حداکثر ظرف سه سال از تاریخ دریافت خدمات، کالا یا دارو، برای ما ارسال کنید.

برای تمام اطلاعاتی را که برای تصمیم‌گیری نیاز داریم را در اختیار ما قرار دهید، می‌توانید فرم درخواست مطالبه را برای درخواست پرداخت تکمیل کنید.

- شما الزامی به استفاده از فرم ندارید، اما استفاده از فرم به ما کمک می‌کند به اطلاعات سریع‌تر رسیدگی کنیم.
- شما می‌توانید فرم را از وبسایت ما به نشانی ([blueshieldca.com](https://blueshieldca.com)) دریافت کرده، یا با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید و فرم را درخواست کنید.

درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورت‌حساب یا رسید به این آدرس ارسال کنید:

### مطالبات پزشکی:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan  
Medicare Customer Service  
P.O. Box 272640  
Chico, CA 95927-2640

### مطالبات داروهای نسخه‌دار بخش D:

Claims Processing  
1606 Ave. Ponce de Leon  
San Juan, PR 00909-4830

## C. تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها (تصمیم‌های پوششی)

هنگامی که درخواست شما برای پرداخت را دریافت کنیم، در مورد پوشش تصمیم می‌گیریم. این بدان معناست که ما تصمیم می‌گیریم که آیا طرح ما خدمات، اقلام یا داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین، در صورت وجود هزینه، در مورد مبلغی که شما باید بپردازید، تصمیم خواهیم گرفت.

- اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفته شود که طرح ما خدمات، اقلام یا داروها را پوشش دهد و شما از مقررات دریافت آن پیروی کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک بابت سهم هزینه خودمان برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر هزینه کامل دارو را پرداخت کنید، ممکن است مبلغ کامل پرداخت شده به شما بازپرداخت نشود (برای مثال، اگر دارویی را در داروخانه خارج از شبکه دریافت کرده‌اید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت مذاکره شده ما باشد). اگر شما مبلغ را پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مقررات دریافت خدمات تحت پوشش را توضیح می‌دهد. **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مقررات دریافت داروهای تحت پوشش Medicare بخش D را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم بگیریم که سهم خود از هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای را حاوی دلایل تصمیم برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه حقوق شما را نیز در مورد درخواست تجدیدنظر شرح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیم‌های مربوط به پوشش، به **فصل 9** مراجعه کنید.

## D. تجدیدنظرها

اگر فکر می‌کنید که در مورد عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه دچار اشتباهی شده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. این کار «درخواست تجدیدنظر» خوانده می‌شود. اگر با مبلغی که پرداخت می‌کنید موافق نیستید نیز می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

فرآیند تجدیدنظر رسمی دارای مراحل دقیق و مهلت‌های زمانی است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدید نظرها، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید:

- برای تجدیدنظر بازپرداخت برای خدمات مراقبت درمانی، به **بخش F** مراجعه کنید.
- برای تجدیدنظر بازپرداخت برای دارو، به **بخش G** مراجعه کنید.



## فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

### مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

### فهرست مطالب

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند.....                                            | 200 |
| B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش.....                                                     | 207 |
| C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات سلامت محافظت‌شده شما (protected health information, PHI).....                              | 208 |
| C1. چگونه ما از PHI شما محافظت می‌کنیم.....                                                                                   | 209 |
| C2. شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید.....                                                                       | 209 |
| D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما.....                                                                                    | 210 |
| E. عدم توانایی ارائه‌دهندگان شبکه در ارسال مستقیم صورت‌حساب برای شما.....                                                     | 211 |
| F. حق شما در خروج از طرح بیمه ما.....                                                                                         | 211 |
| G. حقوق شما در مورد تصمیم‌گیری برای مراقبت درمانی خود.....                                                                    | 211 |
| G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری‌هایتان.....                                                         | 212 |
| G2. حق شما برای تعیین آنچه می‌خواهید اتفاق بیفتد در شرایطی که شما از تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های سلامت خود ناتوان باشید..... | 212 |
| G3. اگر به دستورالعمل‌های شما عمل نشود، چه اقداماتی باید انجام دهید.....                                                      | 213 |
| H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیماتمان.....                                                         | 214 |
| H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد.....                                       | 214 |
| I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه.....                                                                                | 214 |



## 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:



- Medi-Cal-ի քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

## A. Դիմումները ստանալու և ծախսերը վճարելու մասին

Երբ մենք օգնում ենք ձեզ, մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:

- Դիմումները ստանալու և ծախսերը վճարելու մասին: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:

- Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

- Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:

- Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

Եթե ձեզ մեզ ծախսերի մասին հարցեր ունենան, մենք օգնում ենք ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:

- Medicare-ի մասին: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:
- Medi-Cal-ի մասին: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:
- Զրահայտության և ծախսերի մասին: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:

Այս հարցերի և պատասխանների մասին, կարող եք կոչվել 1-800-452-4413 (TTY: 711) Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի համար:

Մենք օգնում ենք ձեզ, եթե ձեզ հարցեր ունենան: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ: Մենք օգտագործում ենք ձեր լեզուն և մշակույթը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ:



## 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 اختیارتان 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 هماهنگی‌کننده 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 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، P.O. Box 927، Woodland Hills، 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.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



○ 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 1-800-633-42274) 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. سنجش رضایت شما از خدمات و نحوه بهبود آن

همیشه می‌توانید به ما اطلاع دهید که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم. اگر از خدمات ما راضی هستید، این را به ما بگویید. اگر از خدمات ما ناراضی هستید، این را به ما بگویید. ما می‌خواهیم بدانیم که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم. ما می‌خواهیم بدانیم که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم. ما می‌خواهیم بدانیم که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم.

- می‌توانید به ما اطلاع دهید که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم. ما می‌خواهیم بدانیم که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم. ما می‌خواهیم بدانیم که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم.
- می‌توانید به ما اطلاع دهید که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم. ما می‌خواهیم بدانیم که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم. ما می‌خواهیم بدانیم که چگونه می‌توانیم خدمات خود را بهبود بخشیم.



- សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal នឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 711។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

## A. 귀하의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

저희는 모든 임상적, 비임상적 서비스를 영어 능력에 제한이 있거나, 독서 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 분께 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 또한 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 가입자의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스가 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어(아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인어 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어 포함)로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받고자 하는 경우, 고객 서비스에 전화하거나 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856으로 서면 요청을 보내주시기 바랍니다.
  - 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711)،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스는 향후 커뮤니케이션을 위해 귀하가 선호하는 언어와 형식을 기록해 놓습니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 다음 번호로 전화하십시오.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국: 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

## A. 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 TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 711.
- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям TTY 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.

اگر سوالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- 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. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش

به عنوان یکی از اعضای طرح بیمه ما، شما دارای حقوقی هستید.

- شما حق دارید که یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. یک ارائه‌کننده شبکه، ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. در **فصل 3 دفترچه اطلاعاتی/اعضا**، می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره انواع ارائه‌کنندگانی که می‌توانند به عنوان PCP انتخاب شوند و نحوه انتخاب PCP را بیابید.
  - برای کسب اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و پزشکانی که بیمار جدید قبول می‌کنند با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات مشتریان تماس گرفته یا به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.
- شما حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص سلامت زنان بروید. ارجاع به معنی تاییدیه PCP شما برای استفاده از خدمات پزشکی ارائه‌کننده‌ای است که PCP شما نیست.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کنندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
  - این موضوع شامل حق دریافت به موقع خدمات از سوی متخصصین می‌باشد.
  - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید خدمات اضطراری (اورژانسی) یا خدماتی را که مورد نیاز فوری هستند، بدون اجازه قبلی (prior authorization, PA) دریافت کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- شما حق دارید که نسخه‌هایتان در هر یک از داروخانه‌های شبکه ما و بدون تأخیرهای طولانی دریافت کنید.
- شما حق دارید بدانید که چه زمانی می‌توانید از ارائه‌کننده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌کنندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- هنگامی که ابتدا عضو طرح بیمه ما می‌شوید، در صورتیکه شرایط خاصی برآورده شود، شما حق خواهید داشت که ارائه‌کنندگان و اجازه‌های فعلی استفاده از خدمات خود را برای حداکثر 12 ماه حفظ کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1** دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که تصمیمات مراقبت‌های درمانی خود را با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود بگیرید.

**فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد در مورد اینکه اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروها را در مدت زمان قابل قبول دریافت نمی‌کنید چه کارهایی می‌توانید انجام دهید. علاوه بر این، اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد در مورد اینکه اگر پوشش برای خدمات یا داروهای شما را قبول نکردیم و شما با تصمیم ما موافق نبودید چه کارهایی می‌توانید انجام دهید.

## C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات سلامت محافظت‌شده شما (protected health information, PHI)

ما از اطلاعات PHI شما مطابق با الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعات شخصی است که شما در هنگام عضویت در طرح درمانی ما در اختیارمان قرار می‌دهید. همچنین شامل پرونده‌های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و درمانی می‌شود.

در مورد اطلاعات و کنترل نحوه استفاده از PHI حقوقی دارید. ما یک اعلامیه کتبی به شما ارائه می‌دهیم که در مورد این حقوق به شما توصیه کرده و نحوه حفاظت از محرمانگی PHI شما را توضیح می‌دهد. این اعلامیه "سیاست حفظ اسرار" خوانده می‌شود.

اعضایی که می‌توانند برای دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت اجازه از هیچ عضو دیگری برای دریافت این خدمات یا ارائه درخواست پرداخت مطالبه بابت خدمات حساس نیستند. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن جایگزین تعیین‌شده توسط عضو ارسال خواهد کرد یا، در صورت تعیین نشدن چنین اطلاعاتی، این ارتباطات را به نام عضو و به آدرس یا شماره تلفنی که در سوابق ثبت شده است، ارسال خواهد کرد. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan بدون مجوز کتبی از عضو که خدمات مراقبتی را دریافت می‌کند، اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را نزد هیچ عضو دیگری افشا نخواهد کرد. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan درخواست‌های مربوط به ارتباطات محرمانه را در قالب و فرمت درخواست‌شده، در صورتی که تهیه آن در قالب و فرمت درخواست‌شده به‌سهولت امکان‌پذیر باشد، یا در مکان‌های جایگزین، می‌پذیرد. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود.

برای درخواست یک رونوشت از «سیاست‌های حفظ اسرار» ما یا درخواست قرار دادن ارتباط محرمانه در پرونده شما، می‌توانید یکی از اقدامات زیر را انجام دهید:



1. به [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com) بروید و روی پیوند «Privacy» (محرمانگی) در پایین صفحه اصلی کلیک کنید. در آنجا می‌توانید «سیاست‌های حفظ اسرار» و فرم درخواست ارتباطات محرمانه را بیابید.

2. با شماره تلفن خدمات مشتریان روی کارت شناسایی عضویت Blue Shield خود تماس بگیرید.

3. با دفتر ظهیرم خصوصی Blue Shield of California به‌صورت رایگان با شماره 1-888-266-8080 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند.

4. به ما ایمیل بزنید: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

## C1. چگونه ما از PHI شما محافظت می‌کنیم

ما مطمئن می‌شویم که هیچ شخص غیرمجازی پرونده‌های شما را مشاهده نکند یا تغییر ندهد.

به جز موارد ذکر شده در زیر، ما PHI شما را به شخصی نمی‌دهیم که خدمات مراقبتی به شما ارائه نمی‌کند یا هزینه مراقبت شما را نمی‌پردازد. اگر بخواهیم چنین کاری بکنیم، باید ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری برای شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. اینگونه استثنایا توسط قانون اجازه داده یا الزام شده است:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت خدمات مراقبتی طرح درمانی ما را بررسی کنند.
- ما ممکن است اطلاعات سلامت حفاظت‌شده (PHI) را در صورت صدور دستور از سوی دادگاه افشا کنیم، اما تنها در صورتی که این امر طبق قوانین ایالت کالیفرنیا مجاز باشد.
- ما باید PHI شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای Medicare بخش D شما را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای اهداف پژوهشی یا سایر موارد استفاده در میان بگذارد، اینکار را مطابق با قوانین فدرال انجام خواهند داد.

## C2. شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده‌های خود رونوشت بگیرید. ممکن است برای رونوشت گرفتن از سوابق پزشکی از شما هزینه دریافت کنیم.
- شما حق دارید که از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را بروزآوری یا تصحیح کنیم. اگر از ما بخواهید که این کار را بکنیم، ما با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی شما همکاری کرده تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند یا نه.
- شما حق دارید از اینکه آیا اطلاعات PHI شما در اختیار دیگران قرار گرفته است و نحوه اشتراک‌گذاری آن برای اهدافی که عادی نیستند، آگاه شوید.

اگر سؤالات یا نگرانی‌هایی در مورد محرمانگی اطلاعات PHI خود دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما

به عنوان عضوی از طرح ما، شما این حق را دارید که در مورد طرح ما، شبکه ارائه کنندگان ما و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی از ما دریافت کنید.

اگر به انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به سؤالاتی که در مورد طرح بیمه ما داشته باشید ارائه می‌کنیم. برای دریافت مترجم شفاهی، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان هستند. دفترچه اطلاعاتی اعضا و سایر مطالب مهم به زبان‌های غیر از انگلیسی موجود می‌باشند. مطالب را می‌توان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی ساده، چینی سنتی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره ای، لائوسی، می یی، پنجابی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی نیز در دسترس قرار داد. ما می‌توانیم اطلاعات را به صورت چاپ درشت، خط بریل، و صوتی در اختیار شما قرار دهیم. ما باید اطلاعات در مورد مزایای طرح را در قالبی در دسترس و مناسب به شما ارائه دهیم. برای دریافت اطلاعات از ما به روشی که برای شما مناسب باشد، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر در مورد هر یک از موارد زیر اطلاعاتی نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر برنامه‌های درمانی
- طرح بیمه ما، از جمله:
  - اطلاعات مالی
  - امتیازدهی اعضای طرح به ما
  - تعداد تجدیدنظرهای درخواست شده توسط اعضا
  - نحوه خروج از طرح بیمه ما
- شبکه ارائه‌کنندگان ما و داروخانه‌های شبکه ما، شامل:
  - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی
  - صلاحیت ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما
  - نحوه پرداخت هزینه به ارائه‌کنندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
  - خدمات (به فصل 3 و 4 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید) و داروهای (به فصل 5 و 6 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش طرح درمانی ما
  - محدودیت‌های پوشش و داروهای شما
  - مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات کنید

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- دلیل عدم پوشش یک مورد و اقداماتی که درباره آن می‌توانید انجام دهید (به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید)، از جمله درخواست از ما برای:
  - ارائه دلیل کتبی درباره علت عدم پوشش یک مورد
  - ایجاد تغییر در تصمیمی که اتخاذ کرده‌ایم
  - پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید

## E. عدم توانایی ارائه‌دهندگان شبکه در ارسال مستقیم صورتحساب برای شما

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند که هزینه‌ای را برای خدمات تحت پوشش بپردازید. آنها همچنین نمی‌توانند مابه‌التفاوت هزینه را از شما مطالبه کنند یا در صورتی که ما مبلغی کمتر از مبلغ مطالبه‌شده توسط ارائه‌دهنده پرداخت کنیم، آنها نمی‌توانند مابه‌التفاوت از شما دریافت کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر یک ارائه‌کننده شبکه تلاش کند هزینه‌ای را برای خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چه کاری باید انجام دهید، به فصل 7 دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

## F. حق شما در خروج از طرح بیمه ما

هیچ‌کس نمی‌تواند برخلاف میل شما، شما را مجبور به ماندن در طرح ما کند.

- شما حق دارید که بیشتر خدمات مراقبت درمانی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه Medicare Advantage (MA) دیگری دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای دارویی Medicare بخش D را از یک برنامه دارویی یا از یک برنامه MA دیگر دریافت کنید.
- به فصل 10 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید:
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می‌توانید به برنامه جدید مزایای MA یا مزایای دارو ملحق شوید.
  - برای اطلاع از نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک طرح بیمه ما.

## G. حقوق شما در مورد تصمیم‌گیری برای مراقبت درمانی خود

شما حق دارید که برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی خود، اطلاعات کامل را از پزشکان خود و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دریافت کنید.



**G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری‌هایتان**

ارائه‌کنندگان شما باید بیماری‌ها و گزینه‌های درمانی شما را به صورتی توصیف کنند که برای شما قابل فهم باشد. حقوق قانونی شما از این قرار است:

- از گزینه‌های خود آگاه باشید. شما حق دارید که از همه گزینه‌های مداوا آگاه باشید.
- از خطرات آگاه باشید. شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. اگر خدمات یا مداوا بخشی از یک مطالعه پژوهشی باشند، باید از قبل شما را آگاه کنیم. شما حق دارید که مداوای پژوهشی را قبول نکنید.
- دریافت نظر ثانویه (نظر پزشکی دوم) شما حق دارید که قبل از اتخاذ تصمیم در مورد مداوا از خدمات پزشک دیگری استفاده کنید.
- «نه» بگویید. شما حق دارید که هرگونه مداوایی را قبول نکنید. این موضوع شامل ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگری می‌شود، حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. شما حق دارید که از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید. اگر از دریافت درمان خودداری کنید یا مصرف دارویی را که برایتان تجویز شده، متوقف کنید، ما شما را از طرح بیمه خود خارج نخواهیم کرد. ولی اگر درمان را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، شما مسئولیت کامل آنچه برایتان اتفاق می‌افتد را، خود به عهده می‌گیرید.
- از ما بخواهید توضیح دهیم که چرا ارائه‌کننده قبول نکرده است خدمات مراقبتی ارائه کند. شما حق دارید در صورتیکه ارائه‌کننده قبول نکرد مراقبتی را ارائه کند که فکر می‌کنید باید دریافت کنید از ما توضیح بخواهید.
- از ما درخواست کنید که خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولاً تحت پوشش نیست را پوشش دهیم. این موضوع تصمیم پوشش خوانده می‌شود. فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/عضا نحوه درخواست از ما برای تصمیم در مورد پوشش را توضیح می‌دهد.

**G2. حق شما برای تعیین آنچه می‌خواهید اتفاق بیفتد در شرایطی که شما از تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های سلامت خود ناتوان باشید**

گاهی اوقات اشخاص قادر نیستند در مورد مراقبت درمانی خودشان تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین چیزی برایتان پیش بیاید، می‌توانید:

- یک فرم کتبی را تکمیل کنید که به شخصی اختیار می‌دهد در صورتی که نتوانید خودتان تصمیم بگیرید، درباره مراقبت‌های سلامت شما تصمیم‌گیری کند.
  - درباره نحوه رسیدگی به مراقبت‌های سلامت خود در شرایطی که خودتان نمی‌توانید تصمیم‌گیری کنید، از جمله درباره مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید در آن شرایط دریافت کنید، به پزشکان خود دستورالعمل‌های مکتوب بدهید.
- این سند قانونی که از آن برای ارائه دستورات خود استفاده می‌کنید، «فرم دستورالعمل قبلی» خوانده می‌شود. انواع مختلفی از فرم‌های دستورالعمل قبلی وجود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونه‌هایی از جمله وصیت پایان حیات و وکالت‌نامه برای مراقبت درمانی.



شما الزامی به داشتن دستورالعمل قبلی ندارید، اما می‌توانید آن را داشته باشید. اگر می‌خواهید از فرم دستورالعمل قبلی استفاده کنید، در ادامه نحوه انجام آن را توضیح داده‌ایم:

- **فرم را دریافت کنید.** می‌توانید فرم را از یک پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه‌های لوازم اداری دریافت کنید. داروخانه‌ها و مطب‌های ارائه‌کنندگان اغلب این فرم‌ها را دارند. همچنین می‌توانید یک نسخه رایگان از فرم را به صورت آنلاین پیدا کرده و دانلود کنید.
- **فرم را تکمیل و امضا کنید.** این فرم یک سند قانونی محسوب می‌شود. یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP خود را در نظر داشته باشید تا در تکمیل فرم به شما کمک کند.
- **نسخه‌هایی از فرم را به اشخاصی بدهید که لازم است از آن آگاه باشند.** یک نسخه از فرم را به پزشکتان بدهید. همچنین باید نسخه‌ای از آن را به شخصی بدهید که انتخاب کرده‌اید تا اگر خودتان نمی‌توانید، برای شما تصمیم‌گیری کند. ممکن است بخواهید که نسخه‌هایی از آنرا به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بدهید. یک نسخه از آن را در خانه نگه دارید.
- اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضاء کرده‌اید و در بیمارستان بستری شدید، یک نسخه از آن را به **بیمارستان ببرید.**
  - بیمارستان از شما خواهد پرسید که آیا فرم دستورالعمل قبلی را امضاء کرده‌اید و آیا آن را به همراه دارید.
  - اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضاء نکرده باشید، بیمارستان فرم‌هایی را در اختیار دارد و از شما سؤال خواهد کرد که آیا می‌خواهید آن را امضاء کنید.

حقوق قانونی شما از این قرار است:

- فرم دستورالعمل قبلی خود را در سوابق پزشکی‌تان قرار دهید.
  - در هر زمانی، دستورالعمل قبلی خود را تغییر داده یا لغو کنید.
  - از تغییرات در قوانین دستورالعمل قبلی مطلع شوید. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan حداکثر ظرف 90 روز پس از تغییر، شما را از تغییرات قوانین ایالتی مطلع خواهد کرد.
- بر اساس قانون، هیچ کس نمی‌تواند مراقبت از شما را رد کند یا بر اساس اینکه آیا دستورالعمل قبلی را امضا کرده‌اید یا نه، علیه شما تبعیض قائل شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### **G3. اگر به دستورالعمل‌های شما عمل نشود، چه اقداماتی باید انجام دهید**

اگر «دستورالعمل قبلی» را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید پزشک یا بیمارستان، دستورالعمل‌های مندرج در آن را رعایت نکرده است، می‌توانید نزد Commence Health (سازمان بهبود کیفیت کالیفرنیا) به شماره [711: TTY] 588-1123 (877) شکایت کنید یا به نشانی زیر نامه بنویسید: Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.



## H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیماتمان

**فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** به شما می‌گوید که اگر در مورد مراقبت‌ها یا خدمات تحت پوشش مشکلات یا نگرانی‌هایی داشتید باید چه کار کنید. برای مثال می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم، برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوششی درخواست تجدیدنظر یا شکایت کنید.

شما حق دارید که اطلاعاتی را در مورد تجدیدنظرها و شکایاتی که سایر اعضای طرح درمانی علیه ما ثبت کرده‌اند، دریافت کنید. برای دریافت این اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

### H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد

اگر فکر می‌کنید با شما برخورد ناعادلانه‌ای شده است – و این موضوع مربوط به تبعیض بر اساس دلایل ذکر شده در **فصل 11** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا نیست – یا اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود داشته باشید، می‌توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

- خدمات مشتریان.
- برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره (TTY: 711) 1-800-434-0222. برای جزئیات بیشتر درباره HICAP، به **فصل 2 بخش E** مراجعه کنید.
- بازرس کل Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید «حقوق و حمایت‌های Medicare» را که در وبسایت Medicare به آدرس [www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](http://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf) قرار دارد، مطالعه یا دانلود کنید.)

## A. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه

به عنوان عضوی از طرح بیمه، شما مسئول هستید که اقدامات زیر را انجام دهید. اگر سؤالاتی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- **دفترچه اطلاعاتی/اعضا** را برای کسب اطلاعات در مورد موارد تحت پوشش طرح درمانی ما و مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات شوند، مطالعه کنید. برای جزئیات مربوط به:
  - خدمات تحت پوشش، به **فصل 3 و 4** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید. این فصل‌ها اطلاعاتی را در مورد موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند و مقرراتی که لازم است مراعات کنید و هزینه‌ای که باید پرداخت کنید در اختیار شما قرار می‌دهند.
  - داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و 6** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.



- هرگونه پوشش درمانی یا دارویی دیگری که دارید را به ما اطلاع دهید. ما باید مطمئن شویم که هنگام دریافت مراقبت درمانی از همه گزینه‌های پوششی خود استفاده می‌کنید. اگر پوشش دیگری دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- به پزشک خود و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت بگویید که شما عضو طرح بیمه ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا داروها، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- به پزشکان خود و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.
  - اطلاعاتی را که در مورد شما و سلامت شما لازم دارند، به آنها بدهید. تا جاییکه ممکن است با مشکلات سلامت خود آشنا شوید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی را که شما و ارائه‌کنندگان شما با آنها موافق هستید مراعات کنید.
  - مطمئن شوید که پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان از همه داروهایی که مصرف می‌کنید آگاهی دارند. این موضوع شامل داروها نسخه‌ای، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
  - هر سوالی دارید بپرسید. پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان باید موضوعات را به صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سؤال کردید و پاسخ برایتان قابل درک نیست، دوباره سؤال کنید.
- با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود همکاری کنید از جمله در زمینه تکمیل ارزیابی سالانه خطر سلامت.
- پاملاحظه باشید. ما انتظار داریم که همه اعضای طرح درمانی به حقوق سایرین احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که در مطب پزشک خود، بیمارستان و مطب سایر ارائه‌کنندگان خدمات با احترام رفتار کنید.
- آنچه بدهکار هستید را پرداخت کنید. به عنوان عضو طرح بیمه، مسئولیت پرداخت این هزینه‌ها بر عهده شماست:
  - حق بیمه‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B. برای بیشتر اعضای Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، طرح Medi-Cal حق بیمه Medicare بخش A و حق بیمه Medicare بخش B شما را پرداخت می‌کند.
  - برای برخی داروهای تحت پوشش طرح بیمه ما، شما باید سهم هزینه خود را در هنگام دریافت دارو بپردازید. این مبلغ یک مبلغ ثابت به صورت سهم ثابت بیمه شده (copay) خواهد بود. فصل 6 اطلاعاتی را در مورد هزینه‌ای که برای داروهای خود باید بپردازید به شما ارائه می‌کند.
  - اگر خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که تحت پوشش طرح بیمه ما نباشند، باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید. (توجه: اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 مراجعه کنید.)



- اگر نقل مکان می‌کنید به ما اطلاع دهید. اگر قرار است نقل مکان کنید، بلافاصله به ما اطلاع دهید. با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- اگر به خارج منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح بیمه ما باقی بمانید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح بیمه باشند. **فصل 1** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا در مورد منطقه خدماتی ما به شما توضیحاتی ارائه می‌دهد.
- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دریابید که آیا به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید یا نه. در طول دوره ثبت نام ویژه، می‌توانید به Original Medicare تغییر برنامه داده یا در طرح بیمه یا طرح دارویی Medicare در محل جدید خود، عضو شوید. اگر طرح بیمه‌ای در منطقه جدید شما داشته باشیم، می‌توانیم به شما اطلاع دهیم.
- آدرس جدید خود را در هنگام نقل مکان در اختیار Medicare و Medi-Cal قرار دهید. برای مشاهده شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal، به **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- اگر در داخل منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، همچنان باید به ما اطلاع دهید. لازم است که سابقه عضویت شما را به روز نگه داشته و بدانیم که چطور با شما تماس بگیریم.
- اگر نقل مکان می‌کنید، به تامین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی راه آهن) اطلاع بدهید.
- اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- اگر سوال یا نگرانی‌هایی دارید برای دریافت کمک با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.



## فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی دارید باید چه کار کنید (تصمیمات پوششی، تجدیدنظرها و شکایات)

### مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شماست این فصل را برای کسب اطلاعات در موارد زیر مطالعه کنید:

- شما درباره طرح ما مشکل یا شکایتی دارید.
- شما به خدمات، اقلام یا دارویی نیاز دارید که طرح ما اعلام کرده است هزینه آن را پرداخت نخواهد کرد.
- شما با تصمیمی که طرح ما درباره مراقبت شما گرفته است، موافق نیستید.
- شما فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی زودتر از موعد در حال اتمام است.
- مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت‌های طولانی مدت شامل خدمات محلی برای افراد بالغ (Community-Based Adult Services, CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (Nursing Facility, NF) دارید.

این فصل دارای بخش‌های مختلفی است تا به راحتی مطالب مورد نظر خود را پیدا کنید. اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را که به وضعیت شما مربوط می‌شوند، مطالعه کنید.

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های طولانی مدتی را که پزشک و سایر ارائه‌کنندگان شما تشخیص داده‌اند به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی شما، برای مراقبت از شما لازم است، دریافت کنید. اگر در مورد مراقبت از خود با مشکلی مواجه هستید، می‌توانید برای دریافت کمک با برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. این فصل در مورد گزینه‌های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی ارائه می‌دهد ولی همیشه می‌توانید برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود با «برنامه بازرس کل» تماس بگیرید. برای دسترسی به منابع بیشتر به منظور رسیدگی به نگرانی‌های خود و راه‌های تماس با آنها، به فصل 2 دفترچه اطلاعاتی/عضا خود مراجعه کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## فهرست مطالب

|     |                                                                       |     |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| A.  | اگر مشکل یا نگرانی داشتید باید چه کار کنید .....                      | 220 |
| A1. | درباره عبارات قانونی.....                                             | 220 |
| B.  | مکان دریافت کمک .....                                                 | 220 |
| B1. | برای دریافت اطلاعات و کمک بیشتر.....                                  | 220 |
| C.  | درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما ..... | 222 |
| D.  | مشکلات مربوط به مزایای شما .....                                      | 222 |
| E.  | تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش .....                             | 222 |
| E1. | تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها (تصمیم‌های پوششی).....                     | 223 |
| E2. | تجدیدنظرها.....                                                       | 223 |
| E3. | کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش.....       | 223 |
| E4. | کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟ .....                       | 224 |
| F.  | Medical care .....                                                    | 225 |
| F1. | استفاده از این بخش.....                                               | 225 |
| F2. | درخواست برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش .....                            | 226 |
| F3. | درخواست تجدیدنظر مرحله 1 .....                                        | 228 |
| F4. | درخواست تجدیدنظر سطح 2 .....                                          | 231 |
| F5. | مشکلات مربوط به پرداخت‌ها.....                                        | 238 |
| G.  | داروهای Medicare بخش D .....                                          | 239 |
| G1. | تجدیدنظرها و تصمیمات مربوط به پوشش داروهای Medicare بخش D .....       | 239 |
| G2. | استثنای Medicare بخش D .....                                          | 241 |
| G3. | نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استثنا دانست .....         | 242 |
| G4. | درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش از جمله درخواست استثناء .....        | 243 |
| G5. | درخواست تجدیدنظر مرحله 1 .....                                        | 245 |
| G6. | درخواست تجدیدنظر سطح 2 .....                                          | 247 |



|     |                                                                     |     |
|-----|---------------------------------------------------------------------|-----|
| H.  | درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان.....           | 249 |
| H1. | کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما.....                          | 249 |
| H2. | درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....                                       | 250 |
| H3. | درخواست تجدیدنظر سطح 2.....                                         | 252 |
| I.  | درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی خاص.....             | 253 |
| I1. | اطلاع‌رسانی پیش از خاتمه پوشش بیمه شما.....                         | 254 |
| I2. | درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....                                       | 254 |
| I3. | درخواست تجدیدنظر سطح 2.....                                         | 255 |
| J.  | ادامه درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2.....                          | 256 |
| J1. | مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare.....                         | 256 |
| J2. | دیگر تجدیدنظرهای Medi-Cal.....                                      | 258 |
| J3. | مراحل تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D..... | 258 |
| K.  | نحوه ثبت شکایت.....                                                 | 259 |
| K1. | شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد.....                      | 259 |
| K2. | شکایات داخلی.....                                                   | 261 |
| K3. | شکایات بیرونی.....                                                  | 263 |



## A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید باید چه کار کنید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که استفاده می‌کنید به نوع مشکل شما بستگی دارد. از یک فرآیند برای تصمیمات پوششی و تجدیدنظرها و از فرآیند دیگر برای درخواست شکایات (که نارضایتی‌ها نیز نامیده می‌شود) استفاده کنید.

برای اطمینان از رعایت عدالت و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌هایی است که ما و شما باید از آنها پیروی کنیم.

### A1. درباره عبارات قانونی

برای برخی از مقررات و مهلت‌ها در این فصل، عبارات قانونی وجود دارند. درک بسیاری از این عبارات ممکن است مشکل باشد، بنابراین ما هر جایی که امکان‌پذیر بوده، از کلمات ساده‌تر به جای برخی عبارات قانونی استفاده کرده‌ایم. ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی‌کنیم.

به عنوان مثال می‌گوییم:

- «شکایت کردن» به جای «تسلیم یک نارضایتی»
- «تصمیم پوششی» به جای «تشخیص سازمانی»، «تعیین مزایا»، «تعیین خطرپذیری» یا «تعیین پوشش»
- «تصمیم پوششی سریع» به جای «اتخاذ تصمیم تسریع‌شده»
- «سازمان بررسی مستقل» (IRO) به جای «نهاد بررسی مستقل» (IRE)

آشنایی با عبارات قانونی مناسب ممکن است به شما در برقراری ارتباطات واضح و روشن کمک کند، بنابراین آن عبارات را نیز ارائه می‌کنیم.

## B. مکان دریافت کمک

### B1. برای دریافت اطلاعات و کمک بیشتر

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روال رسیدگی به مشکل ممکن است موجب سردرگمی شود. این موضوع به‌ویژه ممکن است زمانی که حالتان خوب نباشد یا انرژی کمی داشته باشید، صادق باشد. در موارد دیگر، ممکن است اطلاعات کافی را برای انجام مرحله بعدی نداشته باشید.

#### کمک از سوی طرح بیمه ما

شما می‌توانید با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT)، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس برای کمک به حل مشکل یا پاسخ به سوالات شما رایگان است.



## دریافت کمک از «برنامه مشاوره و مدافعه‌ی بیمه درمانی» (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

شما می‌توانید با «برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی» از طریق شماره تلفن 1-800-434-0222 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از وبسایت آنها در نشانی [https://www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/) دیدن کنید. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بفهمید در رابطه با مشکل خود چه کار کنید. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نیست. HICAP مشاورین آموزش دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند. شماره تلفن HICAP، 1-800-434-0222 می‌باشد.

## دریافت کمک از برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal

شما می‌توانید با برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش درمانی خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. آنها ممکن است بتوانند کمک قانونی رایگان ارائه دهند. برنامه بازرس کل با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح بیمه درمانی مرتبط نیست. شماره تلفن آنها 1-855-501-3077 است و نشانی وبسایت آنها [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org) می‌باشد.

## دریافت راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات و کمک بیشتر می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare عنوان می‌شود:

- با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- از وبسایت Medicare به نشانی ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) بازدید کنید.

## دریافت کمک از اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا

بازرس مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal از سوی اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) می‌تواند کمک کند. اگر در مورد عضویت، تغییر یا ترک طرح بیمه درمانی خود مشکلی دارید، آنها می‌توانند به شما کمک کنند. اگر تغییر مکان داده‌اید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدید مشکلی دارید نیز می‌توانند کمک کنند. می‌توانید دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. با دفتر بازرس کل (Ombudsman) به شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

## دریافت کمک از سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا

برای دریافت کمک رایگان، با سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care, DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظرهای مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا دارای مشکلات گفتاری، می‌توانند با تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت DMHC به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) دیدن کنید.

سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های خدمات مراقبت درمانی است. اگر درباره طرح درمانی خود شکایتی دارید، ابتدا باید با طرح درمانی خود به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید و پیش از تماس با این اداره، از روال رسیدگی به شکایات طرح درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این رویه ارائه نارضایتی، شما را از هیچ‌گونه حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در مورد شکایت خود در شرایط اضطراری،

---

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



شکایتی که به طور رضایت بخش توسط برنامه درمانی تان حل و فصل نشده یا شکایتی که به مدت بیش از 30 روز به آن رسیدگی نشده است، نیاز به کمک دارید، می توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هستید، فرآیند بررسی مستقل پزشکی (IMR) دربرگیرنده بازبینی بی طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا مداوای پیشنهاد شده، تصمیم پوششی برای مداوایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می شوند. این بخش همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای کسانی که مشکلات شنوایی و گفتاری دارند، می باشد. وب سایت اینترنتی این اداره به نشانی [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov)، حاوی فرم های شکایت، فرم های درخواست IMR و دستورالعمل های مربوطه به صورت آنلاین، می باشد.

## C. درک شکایات و درخواست های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل برای همه مزایای مراقبت های هماهنگ Medicare و Medi-Cal شما کاربرد دارد. این موضوع گاهی اوقات «فرآیند یکپارچه» نامیده می شود، زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب یا ادغام می کند.

گاهی اوقات نمی توان فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب کرد. در این شرایط، شما از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می کنید. بخش F4 این موقعیت ها را توضیح می دهد.

## D. مشکلات مربوط به مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش هایی از این فصل را که به وضعیت شما مربوط می شوند، مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک می کند که بخش مناسب این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

| آیا مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایای پوشش می باشد؟                                                                                                                          |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| این موضوع شامل مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص (اقدام پزشکی، خدمات و/یا داروهای بخش B)، نحوه پوشش آنها و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی می شود. |                                                                                                                  |
| <p><b>بله.</b></p> <p>مشکل من در مورد مزایای پوشش است.</p> <p>به بخش E، «تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش» مراجعه کنید.</p>                                               | <p><b>خیر.</b></p> <p>مشکل من مربوط به مزایای پوشش بیمه نیست.</p> <p>به بخش K، «نحوه ثبت شکایت» مراجعه کنید.</p> |

## E. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

این روال درخواست تصمیم گیری در خصوص پوشش و درخواست تجدیدنظر، به مشکلات مربوط به مزایای پوشش مراقبت های پزشکی شما (خدمات، کالاها و داروهای بخش B، از جمله پرداخت هزینه ها)، رسیدگی می کند. برای سادسازی، ما معمولاً اقدام پزشکی، خدمات و داروهای بخش B را با عنوان مراقبت پزشکی اطلاق می کنیم. شما از روال درخواست تصمیم گیری در خصوص

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



پوشش و تجدیدنظر برای مسائلی مانند اینکه آیا چیزی تحت پوشش بیمه هست یا خیر و اینکه آن چیز به چه صورت تحت پوشش قرار می‌گیرد، استفاده می‌کنید.

## E1. تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها (تصمیم‌های پوششی)

تصمیم در خصوص پوشش، تصمیمی است که ما درباره مزایا و پوشش شما یا درباره مبلغ پرداختی به شما بابت خدمات پزشکی یا داروهایتان، می‌گیریم. شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه درخواست بدهید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا آیا ممکن است از ارائه مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید به آن نیاز دارید، خودداری کنیم. اگر می‌خواهید قبل از انجام خدمات پزشکی بدانید که آیا ما آن‌ها را پوشش می‌دهیم یا نه، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم در مورد پوشش (تصمیم پوششی) بگیریم.

ما هنگام بررسی درخواست خدمات یا درخواست پرداخت مطالبه، تصمیم‌گیری درباره پوشش را انجام می‌دهیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک خدمت یا دارو تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد یا دیگر برای شما پوشش داده نشود. اگر با این تصمیم در رابطه با پوشش موافق نبودید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

## E2. تجدیدنظرها

اگر ما تصمیمی درباره پوشش اتخاذ کنیم و شما از این تصمیم رضایت نداشته باشید، می‌توانید نسبت به آن تصمیم «درخواست تجدیدنظر» کنید. تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی و تغییر تصمیم پوششی که گرفته‌ایم، است.

هنگامی که برای اولین بار در مورد یک تصمیم درخواست تجدیدنظر می‌کنید، به آن «درخواست تجدیدنظر سطح 1» می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم پوششی که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم. کارشناسانی متفاوت از افرادی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی و آن را بررسی می‌کنند.

در بیشتر موارد باید تجدیدنظر خود را در مرحله 1 شروع کنید. اگر مشکل سلامت شما فوری است یا شامل تهدید فوری و جدی برای سلامت شما می‌شود، یا اگر درد شدیدی دارید و به تصمیم سریع‌تری نیاز دارید، می‌توانید از وبسایت اداره خدمات مراقبت‌های درمانی هماهنگ به نشانی [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)، درخواست بررسی پزشکی IMR ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش F4 مراجعه کنید.

هنگامی که بررسی را تمام کردیم، تصمیم خود را به شما ارائه می‌کنیم. در شرایط خاصی که بعداً در این فصل، در بخش F2 توضیح داده می‌شوند، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری تسریع شده یا «تصمیم پوششی فوری» یا «تجدیدنظر فوری» درباره یک تصمیم در خصوص پوشش را مطرح کنید.

اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید «نه» باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش مراقبت پزشکی Medicare باشد، این نامه به شما خواهد گفت که برای تجدیدنظر سطح 2، پرونده شما را به سازمان بررسی مستقل (Independent Review Organization, IRO) ارسال کردیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare بخش D یا Medicaid باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را تسلیم کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرهای مرحله 2 به بخش F4 مراجعه کنید.

اگر از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید سطوح بیشتری از درخواست تجدیدنظر را طی کنید.

## E3. کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

می‌توانید از هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- خدمات مشتریان از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه



- برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077.
- برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222.
- مرکز کمک سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ (DMHC) برای دریافت کمک رایگان. DMHC در مورد تجدیدنظرهای مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب به افراد کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا دارای مشکلات گفتاری، می‌توانند با تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت DMHC به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) دیدن کنید. اگرچه DMHC می‌تواند به افرادی که در طرح‌های Medi-Cal مدیریت شده عضو هستند کمک کند، اما نمی‌تواند به افرادی که فقط در طرح‌های Medicare عضو هستند و همچنین در سامانه‌های سلامت سازمان‌یافته کانتی (County Organized Health Systems, COHS) زیر عضو هستند، کمک کند: Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health و CalOptima. دولت فدرال برنامه‌های Medicare را تنظیم می‌کند و اداره خدمات مراقبت درمانی، برنامه‌های COHS را تنظیم می‌کند.
- پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان. پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان می‌توانند برای تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر از سوی شما درخواست کنند.
- یکی از اعضای خانواده یا دوستان. می‌توانید از فرد دیگری بخواهید که به عنوان "نماینده" از سوی شما اقدام کند و برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کرده یا درخواست تجدیدنظر کند.
- وکیل. شما حق داشتن وکیل را دارید، اما برای درخواست در زمینه تصمیم پوششی یا درخواست تجدیدنظر، الزامی به داشتن وکیل ندارید.
  - با وکیل خودتان تماس گرفته یا نام وکیل را از انجمن محلی وکلا یا سایر خدمات ارجاع‌دهنده دریافت کنید. برخی گروه‌های قانونی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد.
  - برای درخواست وکیل ارائه‌دهنده خدمات کمک حقوقی از برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal، با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.
- اگر می‌خواهید که یک وکیل یا شخصی دیگر از سوی شما نمایندگی کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به شخص دیگر اجازه می‌دهد که از سوی شما اقدام کند.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید و برای دریافت فرم «انتصاب نماینده» درخواست دهید. همچنین می‌توانید این فرم را از آدرس [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) تهیه کنید. شما باید نسخه‌ای از فرم امضاء شده را به ما بدهید.

#### E4. کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟

چهار نوع موقعیت وجود دارند که مستلزم تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش می‌باشند. هر موقعیت مقررات و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما در یک بخش جداگانه از این فصل جزئیات را برای هر یک از موقعیت‌ها ارائه می‌دهیم. به بخش مورد نظر مراجعه کنید:

- بخش F، «مراقبت پزشکی»



- **بخش G، «داروهای Medicare بخش D»**
- **بخش H، «درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان»**
- **بخش I، «درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی مشخص»** (این بخش فقط مربوط به این خدمات است: خدمات مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز جامع توانبخشی بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)).

اگر مطمئن نیستید که کدام بخش برای شما کاربردی است، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین شما می‌توانید از ارگان‌های دولتی مانند برنامه ایالتی کمکی بیمه سلامت خود کمک بگیرید یا اطلاعات کسب کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 2، بخش C** مراجعه کنید.

## F. Medical care

اگر در خصوص دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی دچار مشکل هستید یا اگر می‌خواهید ما سهم هزینه خود از درمان شما را بازپرداخت کنیم، این بخش به شما توضیح می‌دهد که چه کار انجام دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست بستری طولانی‌تر در بیمارستان، لطفاً به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش درباره مزایای شما برای مراقبت‌های پزشکی است که در جدول مزایا در **فصل 4** این دفترچه اطلاعاتی/عضا توضیح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین مختلفی در مورد داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B اعمال شود. در این شرایط، ما توضیح می‌دهیم که قوانین مربوط به داروهای بخش B بیمه Medicare چه تفاوتی با قوانین مربوط به خدمات و کالاهای پزشکی دارند.

### F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که در هر یک از موقعیت‌هایی که در ادامه می‌آید چه کاری می‌توانید بکنید:

1. فکر می‌کنید که ما مراقبت پزشکی مورد نیاز شما را پوشش می‌دهیم، اما شما این پوشش را دریافت نمی‌کنید.  
**چه کار می‌توانید بکنید:** می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم پوششی بگیریم. به **بخش F2** مراجعه کنید.
2. ما مراقبت پزشکی را که دکتر شما یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی قصد ارائه به شما دارند، تایید نکرده‌ایم، اما شما معتقدید که ما باید آن را تایید کنیم.  
**چه کار می‌توانید بکنید:** شما می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F3** مراجعه کنید.
3. شما مراقبت پزشکی را دریافت کرده‌اید که فکر می‌کردید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.  
**چه کار می‌توانید بکنید:** شما می‌توانید در مورد تصمیم ما در خصوص عدم پرداخت درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.
4. شما مراقبت پزشکی را دریافت و بابت آن هزینه پرداخت کردید و فکر کردید ما آن را پوشش می‌دهیم و از ما می‌خواهید که هزینه را بازپرداخت کنیم.



**چه کار می‌توانید بکنید:** می‌توانید از ما درخواست کنید که مبلغ پرداختی را به شما بازپرداخت کنیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.

**5.** ما پوشش شما برای مراقبت پزشکی مشخص را کاهش یا متوقف کرده‌ایم و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

**چه کار می‌توانید بکنید:** می‌توانید در مورد تصمیم ما برای کاهش یا توقف درمان پزشکی درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F4** مراجعه کنید.

- اگر پوشش برای مراقبت بیمارستانی، مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF باشد، مقررات ویژه‌ای اعمال می‌شوند. برای درک بیشتر موضوع به **بخش H** یا **بخش I** مراجعه کنید.
- برای تمام دیگر موقعیت‌هایی که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای درمان پزشکی خاص هستند، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.

**6.** در دریافت مراقبت با تاخیر مواجه شده‌اید یا نمی‌توانید یک پزشک پیدا کنید.

**چه کار می‌توانید بکنید:** می‌توانید شکایت تنظیم کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

## F2. درخواست برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش

وقتی که یک تصمیم در خصوص پوشش، مراقبت پزشکی شما را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به آن «**تصمیم یکپارچه سازمانی**» می‌گویند.

شما، پزشک شما، یا نماینده شما می‌توانید از طریق موارد زیر از ما برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش درخواست کنید.

• شماره تماس: 1-800-452-4413, TTY: 711

• شماره فکس: 877-251-6671

• آدرس پستی:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan,  
P.O. Box 927  
Woodland Hills, CA 91365-9856

**تصمیم مربوط به پوشش استاندارد**

زمانی که ما تصمیمات خود را به شما ارائه می‌دهیم از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از «مهلت‌های سریع» استفاده کنیم. یک تصمیم در خصوص پوشش به‌صورت استاندارد به این معناست که ما پاسخ شما را حداکثر ظرف مهلت زیر ارائه می‌کنیم:

- پنج روز کاری پس از دریافت درخواست شما برای خدمات یا کالاهای پزشکی که مشمول مقررات مربوط به اجازه قبلی ماست.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- پنج روز کاری، و حداکثر تا 14 روز تقویمی بعد از اینکه درخواست شما را برای همه خدمات یا اقلام پزشکی دیگر دریافت کردیم.

- 72 ساعت بعد از اینکه درخواست شما برای داروهای Medicare بخش B را دریافت کردیم.

برای اقلام یا خدمات پزشکی، می‌توانیم حداکثر 14 روز تقویمی دیگر زمان صرف کنیم مشروط بر اینکه درخواست زمان بیشتری کنیم یا به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفع شما باشد (مانند سوابق پزشکی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه) اگر تصمیم‌گیری ما مدت زمان بیشتری طول بکشد، این موضوع را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواست شما برای داروی Medicare بخش B باشد، ما نمی‌توانیم زمان بیشتری را صرف بررسی کنیم.

اگر فکر می‌کنید ما نباید برای تصمیم‌گیری زمان بیشتری صرف کنیم، می‌توانید نسبت به تصمیم ما برای صرف روزهای بیشتر، یک «شکایت فوری» مطرح کنید. هنگامی که شما یک شکایت فوری ارائه می‌کنید، ما ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم. روال طرح شکایت با روال تصمیم در خصوص پوشش و تجدیدنظر متفاوت است. برای اطلاعات بیشتر درباره تنظیم شکایت، از جمله طرح شکایت فوری، به بخش K مراجعه کنید.

#### تصمیم مربوط به پوشش سریع

عبارت حقوقی برای «تصمیم پوششی سریع» عبارت است از «تصمیم تسریع شده».

زمانی که شما از ما درخواست یک تصمیم مربوط به پوشش درباره درمان پزشکی خود دارید که نیازمند پاسخ سریع است، از ما درخواست «تصمیم پوششی سریع» بکنید. تصمیم پوششی سریع به این معناست که ما پاسخ شما را حداکثر ظرف موارد زیر ارائه می‌کنیم:

- 72 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را برای خدمات یا کالای پزشکی دریافت کردیم.

- 24 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را برای داروهای Medicare بخش B دریافت کردیم.

برای یک کالا یا خدمات پزشکی، می‌توانیم حداکثر 14 روز تقویمی دیگر زمان صرف کنیم مشروط بر اینکه متوجه شویم اطلاعاتی که ممکن است به نفع شما باشد ناقص است (مانند سوابق پزشکی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه) یا اگر برای تهیه اطلاعات مورد نیاز برای بررسی به زمان نیاز داشته باشید. اگر تصمیم‌گیری ما مدت زمان بیشتری طول بکشد، این موضوع را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواست شما برای یک داروی Medicare بخش B باشد، ما نمی‌توانیم زمان بیشتری صرف کنیم.

اگر فکر می‌کنید ما نباید برای تصمیم‌گیری در خصوص پوشش، زمان بیشتری صرف کنیم، می‌توانید درباره تصمیم ما برای صرف زمان بیشتر، یک «شکایت فوری» مطرح کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تنظیم شکایت، از جمله طرح شکایت فوری، به بخش K مراجعه کنید. به‌محض اینکه تصمیم را بگیریم، با شما تماس خواهیم گرفت.

برای دریافت یک تصمیم پوششی سریع، باید این دو شرط را احراز کنید:

- شما درخواست پوشش برای اقلام پزشکی و/یا خدماتی را دارید که دریافت نکرده‌اید. شما نمی‌توانید برای پرداخت اقلام یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید، درخواست تصمیم پوششی سریع داشته باشید.

- استفاده از مهلت‌های متعارف می‌تواند ضرر جدی به سلامتی شما وارد کرده یا به توانایی شما در عملکرد آسیب وارد کند.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



اگر دکتر شما به ما بگوید به خاطر وضعیت سلامتی شما، «تصمیم پوششی سریع» لازم است، ما به صورت خودکار اینکار را انجام خواهیم داد. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم پوششی سریع را برای شما فراهم کنیم یا نه.

- اگر تشخیص دهیم که وضعیت سلامت شما شرایط تصمیم پوششی سریع را برآورده نمی‌کند، نامه‌ای را بدین مضمون برای شما ارسال می‌کنیم و در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید:

○ اگر پزشک شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تصمیم پوششی سریع در اختیار شما قرار می‌دهیم.

○ چگونه می‌توانید یک «شکایت سریع» در مورد تصمیم ما در ارائه تصمیم پوششی استاندارد به جای تصمیم پوششی سریعی که درخواست کردید، تنظیم کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تنظیم شکایت، از جمله طرح شکایت فوری، به بخش K مراجعه کنید.

اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد.

- اگر جواب خیر بدهیم، شما حق دارید که درخواست تجدیدنظر کنید. اگر فکر می‌کنید که ما اشتباه کرده‌ایم، تجدیدنظر روش رسمی درخواست از ما برای بررسی تصمیم خود و تغییر آن است.

- اگر تصمیم بگیرید که درخواست تجدیدنظر کنید، به مرحله 1 روال درخواست تجدیدنظر خواهید رفت (به بخش F3 مراجعه کنید).

در شرایط محدود ممکن است درخواست شما برای ارائه تصمیم‌گیری در مورد پوشش را نادیده بگیریم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. مثالهایی از موقعیتی که یک درخواست رد می‌شود، شامل موارد زیر است:

- اگر درخواست کامل نباشد،
- اگر شخصی که از جانب شما ایجاد درخواست کرده است، به صورت قانونی اجازه چنین کاری را نداشته باشد، یا
- اگر شما خودتان درخواست کنید که درخواستتان لغو شود.

اگر ما یک درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را نادیده بگیریم، یک اطلاعیه حاوی توضیح دلیل رد شدن درخواست و چگونگی درخواست برای بررسی عدم پذیرش برای شما می‌فرستیم. به این بازبینی درخواست تجدیدنظر گفته می‌شود. در مورد تجدیدنظرها در بخش بعدی بحث می‌شود.

### F3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

برای شروع یک درخواست تجدیدنظر مربوط به خدمات یا کالای رده‌شده، یا برای ادامه دریافت خدمات یا کالایی که در حال حاضر دریافت می‌کنید، شما، پزشکتان یا نماینده مجاز شما باید با ما تماس بگیرید. با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر فوری را به‌صورت کتبی یا از طریق تماس با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 ارائه کنید.



- اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری درخواست کند خدمات یا کالایی را که در حال حاضر دریافت می‌کنید در طول روال تجدیدنظر همانان دریافت کنید، ممکن است لازم باشد آنها را به‌عنوان نماینده خود تعیین کنید تا از طرف شما اقدام کنند.
- اگر شخصی به غیر از پزشک شما درخواست تجدیدنظر کند، یک فرم انتصاب نماینده که به این شخص اجازه نمایندگی از جانب شما را می‌دهد، ضمیمه کنید. همچنین می‌توانید این فرم را از آدرس [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) تهیه کنید.
- ما می‌توانیم یک درخواست تجدیدنظر را بدون این فرم قبول کنیم، اما نمی‌توانیم بررسی خود را تا وقتی که آن را دریافت می‌کنیم، شروع یا تکمیل کنیم. اگر ما این فرم را قبل از مهلت خود برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
  - ما درخواست شما را رد می‌کنیم، و
  - یک اطلاعیه کتبی برای شما می‌فرستیم که حاوی توضیح حق شما برای درخواست از IRO برای بررسی تصمیم ما در خصوص رد درخواست تجدیدنظر شما است.
- شما باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ ذکر شده روی نامه‌ای که برای آگاه‌سازی شما از تصمیم خود ارسال می‌کنیم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.
- اگر شما این مهلت را از دست بدهید و برای سپری شدن این مهلت دلیل مناسبی داشته باشید، ممکن است فرصت بیشتری را برای درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم. مثال‌هایی از دلایل مناسب مانند این موارد است که شما به بیماری وخیمی مبتلا بودید یا ما اطلاعاتی اشتباه در مورد مهلت به شما داده باشیم. در زمان درخواست تجدیدنظر خود دلیل تاخیر در ارائه درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشک شما همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری را در حمایت از تجدیدنظر خود به ما بدهید.

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

عبارت حقوقی برای «تجدیدنظر سریع»، «بازنگری تسریع شده» است.

- اگر به تصمیمی که ما درباره پوشش مراقبت گرفته‌ایم اعتراض دارید، شما و/یا پزشکتان می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.
- اگر دکتر شما به ما بگوید به خاطر وضعیت سلامتی شما، «تجدیدنظر سریع» لازم است، ما به صورت خودکار اینکار را انجام خواهیم داد. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تجدیدنظر سریع را برای شما فراهم کنیم یا نه.
- اگر تشخیص دهیم که وضعیت سلامت شما شرایط تجدیدنظر سریع را برآورده نمی‌کند، نامه‌ای را بدین مضمون برای شما ارسال می‌کنیم و در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید:
  - اگر پزشک شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تجدیدنظر سریع در اختیار شما قرار می‌دهیم.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

- چگونه می‌توانید یک «شکایت سریع» در مورد تصمیم ما در ارائه تجدیدنظر استاندارد به جای تجدیدنظر سریعی که درخواست کردید، تنظیم کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تنظیم شکایت، از جمله طرح شکایت فوری، به بخش K مراجعه کنید.

اگر به شما اطلاع دهیم که ارائه خدمات یا اقلامی را که در حال حاضر دریافت می‌کنید متوقف یا محدود خواهیم کرد، ممکن است بتوانید این خدمات یا اقلام را در طول روال تجدیدنظر ادامه دهید.

- اگر ما تصمیم بر تغییر یا توقف پوشش یک خدمت یا اقلامی را که دریافت می‌کنید، بگیریم، قبل از اقدام یک اطلاعیه برای شما می‌فرستیم.
- اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید تجدیدنظر سطح 1 تنظیم کنید.
- ما همچنان پوشش خدمات یا اقلام را ادامه می‌دهیم، مشروط بر اینکه شما حداکثر ظرف ده روز تقویمی از تاریخ درج‌شده در نامه ما یا تا تاریخ اجرای موردنظر اقدام، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 را مطرح کنید.
- اگر مهلت مقرر را رعایت کنید، خدمت یا آیتم مورد نظر بدون تغییر و در حالی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در جریان است، به شما ارائه خواهد شد.
- همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که موضوع اعتراض شما نیستند) بدون تغییر به شما ارائه می‌شوند.
- اگر پیش از این تاریخ‌ها اعتراض نکنید، ارائه خدمت یا اقلام شما تا زمان صدور تصمیم اعتراض ادامه نخواهد یافت.

**ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و تصمیم خود را به شما ارائه می‌کنیم.**

- در زمانی که درخواست تجدیدنظر شما بررسی می‌کنیم با دقت به همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت پزشکی توجه می‌کنیم.
- ما به این موضوع توجه می‌کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام دادن پاسخ خیر به درخواست شما مراعات کرده‌ایم یا خیر.
- ما در صورت نیاز اطلاعات بیشتری جمع‌آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشک شما برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

**مهلت‌هایی برای یک تجدیدنظر سریع وجود دارد.**

- زمانی که از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تجدیدنظر شما، یا اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، زودتر به شما خواهیم داد. اگر تجدیدنظر فوری را رد کنیم، این رد درخواست را به‌صورت شفاهی به شما، پزشک، تجویزکننده یا نماینده‌تان اعلام خواهیم کرد.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها بفرستیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل (IRO) آن را بررسی می‌کند. IRO وقتی درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کند، به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. در ادامه این فصل، ما درباره این سازمان و روال تجدیدنظرهای سطح 2 برای شما توضیحاتی ارائه خواهیم کرد. اگر مشکل شما مربوط به پوشش یکی از



خدمات یا اقلام Medicaid باشد، می‌توانید به‌محض پایان مهلت مقرر، خودتان یک تجدیدنظر «سطح 2» – دادرسی ایالتی» را نزد این ایالت مطرح کنید. در کالیفرنیا به State Hearing، دادرسی ایالتی گفته می‌شود. در صورت لزوم، برای ثبت درخواست دادرسی ایالتی، به بخش F4 مراجعه کنید.

- اگر با بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم، باید پوششی را که موافقت کردیم ارائه دهیم ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تجدیدنظر شما یا اگر شرایط سلامتی شما نیازمند است در زمانی سریع‌تر تصویب یا ارائه کنیم.
- اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، درخواست تجدیدنظر شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به IRO می‌فرستیم.

#### مهلت‌هایی برای تجدیدنظر استاندارد وجود دارد.

- وقتی ما از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم باید ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از اینکه درخواست تجدیدنظر شما را برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، دریافت کردیم پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B باشد که آن را دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را ظرف هفت روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا زودتر، در صورتی که وضعیت سلامت شما ایجاب کند، ارائه می‌کنیم.
- اگر در بازه مهلت زمانی به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به روال تجدیدنظر سطح 2 بفرستیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل (IRO) آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، در بخش F4، درباره این سازمان به شما توضیح می‌دهیم و روال تجدیدنظر سطح 2 را شرح می‌دهیم. اگر مشکل شما مربوط به پوشش یکی از خدمات یا اقلام Medicaid باشد، می‌توانید به‌محض پایان مهلت مقرر، خودتان یک تجدیدنظر «سطح 2 – دادرسی ایالتی» را نزد این ایالت مطرح کنید. در کالیفرنیا به State Hearing، دادرسی ایالتی گفته می‌شود. در صورت لزوم، برای ثبت درخواست دادرسی ایالتی، به بخش F4 مراجعه کنید.

اگر با بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا در صورت اقتضای وضعیت سلامت شما، در اسرع وقت و ظرف 72 ساعت پس از تاریخ تغییر تصمیم خود، پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم، تأیید یا ارائه کنیم؛ یا اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B باشد، ظرف هفت روز تقویمی پس از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پوشش مورد توافق را تأیید یا ارائه کنیم.

اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، شما حقوق دیگری برای تجدیدنظر دارید:

- اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلام Medicare باشد، این نامه به شما خواهد گفت که پرونده شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال کرده‌ایم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک تجدیدنظر سطح 2 را تسلیم کنید.

#### F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر ما بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کنیم، برایتان نامه‌ای ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما اطلاع می‌دهد که آیا به طور معمول، Medi-Cal، Medicare، یا هر دوی این برنامه‌ها، خدمات یا اقلام مورد نظر را پوشش می‌دهند یا خیر.



- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی باشد که معمولاً **Medicare** پوشش می‌دهد، به‌محض تکمیل تجدیدنظر سطح 1، پرونده شما را به‌طور خودکار به سطح 2 روال تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
  - اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که **Medi-Cal** معمولاً پوشش می‌دهد، خودتان می‌توانید یک تجدیدنظر مرحله 2 را تسلیم کنید. این نامه نحوه انجام این کار را به شما می‌گوید. همچنین اطلاعات بیشتری را در قسمت‌های بعدی این فصل قرار داده‌ایم.
  - اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که هم **Medicare** و هم **Medi-Cal** ممکن است پوشش دهند، به صورت خودکار یک تجدیدنظر مرحله 2 از **IRO** دریافت می‌کنید. علاوه بر تجدیدنظر خودکار مرحله 2 شما همچنین می‌توانید برای دادرسی ایالتی و یک بررسی مستقل پزشکی توسط ایالت درخواست دهید. با این حال، اگر قبلاً مدرکی را در «دادرسی ایالتی» ارائه کرده باشید، امکان «بررسی مستقل پزشکی» وجود ندارد.
- اگر زمانی که تجدیدنظر مرحله 1 را تنظیم کردید، برای ادامه دریافت مزایا واجد صلاحیت شناخته شدید، ممکن است مزایای شما برای خدمات و اقلام یا داروی تحت تجدیدنظر در زمان مرحله 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات مربوط به ادامه دریافت مزایای خود در زمان تجدیدنظر مرحله 1، به بخش **F3** مراجعه کنید.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلام تحت پوشش **Medicare** می‌باشد، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول روال تجدیدنظرهای مرحله 2 توسط **IRO** ادامه پیدا خواهند کرد.
  - اگر مشکل شما مربوط به خدماتی باشد که معمولاً فقط تحت پوشش **Medi-Cal** قرار دارند، در صورتی که ده (10) روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما، درخواست تجدیدنظر سطح 2 را مطرح کنید، مزایای شما برای آن خدمات ادامه خواهد داشت.

### زمانی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی باشد که معمولاً تحت پوشش **Medicare** قرار می‌گیرد

**IRO** تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل تحت استخدام **Medicare** می‌باشد.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» **Independent** (Independent Review Organization, **IRO**) نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» است که گاهی اوقات **IRE** نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما ارتباطی ندارد و یک آژانس دولتی نیست. **Medicare** همکاری با شرکت **IRO** را انتخاب کرده و **Medicare** بر کار آنها نظارت می‌کند.
  - ما اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را («فایل پرونده» شما) را به این سازمان می‌فرستیم. شما حق دارید یک رونوشت رایگان از فایل پرونده خود داشته باشید.
  - شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از تجدیدنظر خود به **IRO** بدهید.
  - بررسی کنندگان در **IRO** به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد.
- اگر یک تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار در مرحله 2 نیز یک تجدیدنظر سریع خواهید داشت.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan** به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- اگر در سطح 1، تجدیدنظر سریع را از ما درخواست کرده باشید، به‌طور خودکار در سطح 2 نیز تجدیدنظر سریع دریافت خواهید کرد. IRO باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.

اگر یک تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1 داشتید، در مرحله 2 نیز یک تجدیدنظر استاندارد خواهید داشت.

- اگر درخواست یک تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1 از ما داشتید، به‌طور خودکار در مرحله 2 نیز یک تجدیدنظر استاندارد خواهید داشت.
  - اگر درخواست شما برای خدمات یا اقلام پزشکی است، IRO باید ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر، پاسخی را به تجدیدنظر مرحله 2 شما بدهد.
  - اگر درخواست شما در خصوص داروهای Medicare بخش B است، IRO باید ظرف هفت روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر، پاسخی را به تجدیدنظر مرحله 2 شما بدهد.
- IRO پاسخ خود را به صورت کتبی به شما ارائه می‌کند و دلایل خود را در آن توضیح می‌دهد.

- اگر IRO با بخشی از یا همه درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی موافقت کند، ما باید بی‌درنگ تصمیم را اجرا کنیم:

- مجوز پوشش مراقبت پزشکی را ظرف 72 ساعت، مجاز کرده، یا
- خدمات را ظرف پنج روز کاری پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد ارائه کنیم، یا
- خدمات را ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های تسریع شده ارائه کنیم،
- اگر IRO با بخشی از یا همه درخواست شما برای داروهای نسخه دار Medicare بخش B موافقت کند، ما باید ظرف مدت اعلام شده در زیر، برای داروهای Medicare بخش B مورد اختلاف، مجوز صادر یا آنها را ارائه کنیم:

- ظرف 72 ساعت بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد را دریافت کردیم، یا
- ظرف 24 ساعت بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های تسریع شده را دریافت کردیم.
- اگر IRO بخشی یا تمام درخواست شما را رد کند، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت پزشکی تایید کنیم. این پاسخ، «تأیید تصمیم قبلی» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود.
- اگر پرونده شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید به درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.

- در روال تجدیدنظر سه مرحله دیگر بعد از مرحله 2 وجود دارد که روی هم پنج مرحله می‌شود.
- اگر تجدیدنظر مرحله 2 شما رد شد و شما شرایط ادامه دادن روال تجدیدنظر را برآورده می‌کنید، باید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید به مرحله 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سوم بدهید یا نه. جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که پس از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، درج شده است.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



○ یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) یا داور حقوقی رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

### زمانی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی باشد که معمولاً تحت پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد

دو روش برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای خدمات و اقلام Medi-Cal وجود دارد: (1) تنظیم شکایت یا درخواست بررسی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

### (1) سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ (DMHC)

می‌توانید از طریق مرکز کم‌کسانی DMHC شکایت خود را مطرح کنید یا برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) درخواست دهید. با تنظیم یک شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی خواهد کرد. DMHC تحقیقات خود را در مورد شکایت شما انجام خواهد داد یا تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده برای IMR واجد شرایط است یا خیر. بررسی مستقل پزشکی (IMR) ممکن است برای هر یک از خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی داشته باشد، در دسترس باشد. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط کارشناسانی می‌باشد که بخشی از طرح بیمه ما یا بخشی از DMHC نیستند. اگر IMR به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات یا اقلام مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم. شما هزینه‌ای را برای IMR پرداخت نمی‌کنید.

در موارد زیر می‌توانید یک شکایت تنظیم کنید یا برای IMR درخواست دهید، اگر طرح بیمه ما:

- یک خدمت یا درمان Medi-Cal را رد کند، تغییر دهد یا به تأخیر بیندازد به این دلیل که آن را از نظر پزشکی ضروری نداند.
- یک درمان تجربی یا تحقیقاتی Medi-Cal را برای یک عارضه پزشکی وخیم پوشش ندهد.
- در مورد ماهیت زیبایی یا ترمیمی بودن یک خدمت یا روش جراحی با شما دچار اختلاف شود.
- هزینه خدمات اورژانسی یا فوری Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را، پرداخت نکند.
- به تجدیدنظر مرحله 1 شما در مورد خدمات Medi-Cal ظرف مدت 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت یا سریع‌تر، برای تجدیدنظر سریع در مواردی که سلامتی شما ایجاب می‌کند، رسیدگی نکند.

در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست برای IMR به ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد روال تجدیدنظر سطح 1 به بخش F3 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید فرم درخواست/شکایت IMR را نزد DMHC ثبت کنید.

**توجه:** اگر ارائه‌کننده شما از طرف شما درخواست تجدیدنظر را مطرح کرده باشد، اما ما فرم انتصاب نماینده شما را دریافت نکرده باشیم، باید پیش از اینکه بتوانید برای بررسی پزشکی مستقل (IMR) سطح 2 از DMHC درخواست دهید، درخواست تجدیدنظر خود را مجدداً نزد ما مطرح کنید؛ مگر اینکه تجدیدنظر شما مربوط به تهدید قریب‌الوقوع و جدی برای سلامت شما باشد، از جمله، اما نه محدود به، درد شدید، احتمال از دست دادن جان، اندام یا عملکرد اصلی بدن.

شما می‌توانید برای IMR و دادرسی ایالتی درخواست کنید، اما اگر قبلاً مدرکی در مورد همان موضوع را در یک جلسه دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید یا در همان رابطه جلسه رسیدگی ایالتی داشته باشید، مجاز به مراجعه به IMR نیستید.

اگر مداوای شما مورد قبول قرار نگرفته است چون تجربی یا تحقیقاتی بوده است، نیازی نیست که قبل از درخواست برای IMR، از طریق روال درخواست تجدیدنظر ما اقدام کنید.



اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید فوراً و بدون انجام مراحل تجدیدنظر ما درخواست خود را به DMHC اطلاع دهید.

شما باید ظرف شش ماه پس از ارسال تصمیم کتبی ما درباره درخواست تجدیدنظر شما، برای IMR درخواست دهید. پس از گذشت شش ماه، DMHC ممکن است درخواست شما را به دلایل موجهی بپذیرد، برای مثال در صورتی که شما یک بیماری پزشکی داشتید که مانع از ثبت درخواست IMR در ظرف شش ماه شده باشد یا اینکه شما از سمت ما، اطلاعات کافی در مورد روال IMR دریافت نکرده باشید.

برای تسلیم شکایت یا درخواست برای IMR:

- فرم IMR/شکایت موجود در آدرس زیر را پر کنید:  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)  
یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- اگر کپی نامه‌ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا اقلامی که تأیید نشده را در دست دارید، آن‌ها را پیوست کنید. این کار می‌تواند روند IMR را سریع کند. کپی اسناد و نه اصل آنها را ارسال کنید. «مرکز راهنمایی» نمی‌تواند هیچ مدرکی را برگرداند.
- اگر شخصی در مورد IMR به شما کمک می‌کند، «فرم کمک مجاز» را تکمیل کنید. می‌توانید از نشانی [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) به این فرم دسترسی پیدا کنید یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم IMR/شکایت و هرگونه مدارک پیوست را برای DMHC به صورت آنلاین به این نشانی ارسال کنید:  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint)

ارسال از طریق پست یا فکس:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
فکس: 916-255-5241

ظرف هفت روز، DMHC درخواست شما را بررسی می‌کند و نامه تأیید دریافت درخواست را برای شما ارسال خواهد کرد. اگر DMHC تشخیص دهد که پرونده برای IMR واجد شرایط است، تصمیم IMR ظرف 45 روز پس از دریافت تمام اسناد مورد نیاز، اتخاذ خواهد شد.

اگر پرونده شما فوری باشد و واجد شرایط IMR نیز باشید، معمولاً ظرف هفت روز پس از دریافت تمام مدارک مورد نیاز، تصمیم IMR اتخاذ خواهد شد.

اگر از نتیجه IMR ناراضی هستید، هنوز می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.



اگر DMHC همه سوابق پزشکی مورد نیاز را از شما یا پزشک معالج شما دریافت نکند، IMR ممکن است بیشتر طول بکشد. اگر از پزشکی استفاده می‌کنید که در شبکه طرح بیمه درمانی شما نیست، اهمیت دارد که سوابق پزشکی را از پزشکتان دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. طرح بیمه درمانی شما موظف است نسخه‌هایی از سوابق پزشکی شما را از پزشکانی که در شبکه قرار دارند، دریافت کند.

اگر DMHC تشخیص دهد که پرونده شما واجد شرایط IMR نیست، DMHC پرونده شما را از طریق فرآیند شکایت مشتریان معمولی خود بررسی می‌کند. شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از ارسال درخواست تکمیل شده، حل و فصل شود. اگر شکایت شما فوری باشد، زودتر به آن رسیدگی خواهد شد.

## (2) دادرسی ایالتی

شما می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری خدمات یا اقلامی را درخواست کند که ما آن را تأیید نمی‌کنیم، یا پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی که قبلاً داشتید را ادامه ندهیم و درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرده باشیم، شما حق درخواست دادرسی ایالتی دارید.

در بیشتر موارد شما 120 روز پس از اینکه اعلامیه «نامه تصمیم تجدیدنظر» برای شما پست شد فرصت دارید تا درخواست دادرسی ایالتی کنید.

**توجه:** اگر به دلیل اینکه به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر می‌کند یا متوقف می‌شود، درخواست دادرسی ایالتی کنید، و در حالی که دادرسی ایالتی شما در جریان است می‌خواهید همچنان خدمات را دریافت کنید، روزهای کمتری برای ارسال درخواست خود دارید. برای اطلاعات بیشتر، به قسمت «آیا مزایای من در طول تجدیدنظرهای سطح 2 ادامه خواهند داشت» در صفحه 272 مراجعه کنید.

به روش‌های زیر نیز می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

- به صورت آنلاین از نشانی [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov).
- توسط تلفن: با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. این شماره ممکن است خیلی مشغول باشد. ممکن است پیامی را دریافت کنید مبنی بر اینکه که بعداً با شما تماس می‌گیریم. اگر مشکلات گویایی یا شنوایی دارید، لطفاً با TTY/TDD به شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید.
- از طریق مکاتبه: فرم دادرسی ایالتی را پر کنید یا نامه نگاری کنید. آنرا به آدرس زیر پست یا فکس کنید:
- پست: California Department of Social Services State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- فکس: 916-309-3487 یا شماره رایگان 1-833-281-0903
- می‌توانید «درخواست دادرسی ایالتی» (Request for State Hearing) را در پشت «اعلامیه اقدامات» تکمیل کنید. حتماً نام، آدرس، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و/یا شماره CIN و دلیل درخواست برای دادرسی ایالتی را ذکر کنید. اگر شخص دیگری به شما در درخواست برای دادرسی ایالتی کمک می‌کند، نام، آدرس و شماره تلفن وی را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، زبانی که تکلم می‌کنید را به «بخش دادرسی ایالتی» اطلاع دهید. لازم نیست هزینه‌ای را برای مترجم شفاهی بپردازید. «بخش دادرسی ایالتی» ترتیب آنرا برای شما خواهد داد. اگر معلولیت دارید، «بخش دادرسی ایالتی» می‌تواند تسهیلات ویژه‌ای

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

را بدون اخذ هزینه برای کمک به مشارکت شما در دادرسی تهیه کند. لطفاً اطلاعات مربوط به ناتوانی خود و تسهیلات موردنیازتان را ارائه کنید.

- برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO بخواهید تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند را، دوباره بررسی کنند. با آنها با شماره [TTY: 1-855-887-6668] 1-877-588-1123 تماس بگیرید.

- شما باید این بررسی را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ رد داد، درخواست کنید. **تنها** در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید، که بعد از تاریخ پایان پوشش بیمه برای مراقبت‌هایتان، همچنان در بیمارستان بستری باشید.

- بررسی کنندگان QIO:

○ همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را دوباره با دقت بررسی خواهند کرد.

○ تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم، به شما اعلام خواهند کرد.

- اگر QIO با درخواست تجدیدنظر شما **موافق** باشد:

○ ما باید از ظهر روز بعد از تاریخی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، سهم هزینه‌های خود از مراقبت‌های بیمارستانی را به شما بازپرداخت کنیم.

○ تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را برای شما ارائه خواهیم کرد.

- اگر QIO درخواست تجدیدنظر شما را رد کند:

○ آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.

○ آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر مرحله 3 بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

- همچنین می‌توانید برای ادامه بستری خود در بیمارستان شکایتی را به DMHC ارسال کنید یا از DMHC، «بررسی مستقل پزشکی» درخواست کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC به **بخش F4** مراجعه کنید.

«بخش دادرسی ایالتی» تصمیم خود را به‌صورت کتبی به شما اعلام می‌کند و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر «بخش دادرسی ایالتی» به بخشی یا تمام درخواست شما برای اقامت یا خدمات پزشکی جواب مثبت بدهد، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از اینکه تصمیم آنها را دریافت کردیم، مجوز را صادر کرده یا خدمات یا اقامت را ارائه کنیم.



- اگر بخش دادرسی ایالتی، قسمتی یا تمام درخواست شما را رد کند، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت پزشکی تایید کنیم. این پاسخ، «تأیید تصمیم قبلی» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود.

اگر تصمیم IRO یا دادرسی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما «نه» باشد، شما همچنان حقوق دیگری برای تجدیدنظر دارید.

اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما به IRO رفت، تنها در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش دلاری خدمات یا کالای مورد نظر شما با حداقل مقدار معینی مطابقت داشته باشد. یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور حقوقی رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق دیگری که ممکن است در مورد تجدیدنظر داشته باشید را توضیح خواهد داد.

نامه‌ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را توضیح می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود پس از سطح 2 به بخش J مراجعه کنید.

## F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه دهندگان درون شبکه خود اجازه نمی‌دهیم برای خدمات و موارد تحت پوشش به شما صورتحساب بدهند. این امر حتی اگر هزینه‌ای کمتر از هزینه‌های ارائه‌دهنده برای یک خدمات یا اقلام تحت پوشش به ایشان پرداخت کنیم، صادق است. شما هرگز ملزم به پرداخت هیچ مبلغ مابه‌تفاوتی نیستید. تنها مبلغی که باید از شما درخواست شود، همان سهم ثابت بیمه‌شده برای ردیف 3 است: داروهای برند ترجیحی، ردیف 4: داروهای غیرترجیحی و ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی.

اگر برای خدمات و اقلام تحت پوشش صورتحسابی بیش از مبلغ سهم ثابت بیمه شده دریافت کردید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. صورتحساب را خودتان پرداخت نکنید. ما مستقیماً با ارائه‌کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم. اگر هزینه صورتحساب را پرداخت کنید، در صورتی که مقررات دریافت خدمات یا اقلام را رعایت کرده باشید، می‌توانید هزینه آن را از طرح ما پس بگیرد.

برای اطلاعات بیشتر، به فصل 7 این دفترچه اطلاعاتی/عضا مراجعه کنید. شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورتحسابی که از ارائه دهنده دریافت کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم یا آن را پرداخت کنیم. این فصل اطلاعاتی را نیز در مورد ارسال مدارک برای درخواست از ما برای پرداخت هزینه ارائه می‌کند.

اگر درخواست بازپرداخت کنید، در واقع درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش (تصمیم پوششی) را ارائه می‌کنید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا خدمات یا اقلامی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید پوشش داده شده است یا خیر و آیا شما تمام قوانین استفاده از پوشش خود را رعایت کرده‌اید.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما سهم هزینه خود از آن خدمات یا اقلام را معمولاً در مدت 30 روز تقویمی، اما نه دیرتر از 60 روز تقویمی پس از درخواست شما ارسال می‌کنیم.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداخت را مستقیماً برای ارائه‌کننده ارسال خواهیم کرد. هنگامی که مبلغ پرداخت را ارسال می‌کنیم، در واقع به همان معنای پاسخ پله به درخواست شما برای تصمیم مربوط به پوشش است.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



- اگر خدمات یا اقامت تحت پوشش نباشد یا از مقررات پیروی نکرده باشید، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که به شما می‌گوید هزینه خدمات یا اقامت را پرداخت نخواهیم کرد و دلیل آن را توضیح می‌دهیم.
- اگر با تصمیم ما در مورد عدم پرداخت موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. از روال تجدیدنظری که در بخش F3 توضیح داده شده، پیروی کنید. هنگامی که از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، به این موارد توجه داشته باشید:
- اگر برای بازپرداخت هزینه، درخواست تجدیدنظر می‌کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم.
- اگر Medicare معمولاً خدمات یا اقامت را پوشش دهد، و ما درخواست تجدیدنظر شما را رد کنیم، پرونده شما را به IRO ارسال خواهیم کرد. در این صورت ما یک نامه برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر IRO تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید ظرف 30 روز تقویمی، مبلغ پرداختی را برای شما یا ارائه‌کننده ارسال کنیم. اگر پاسخ به تجدیدنظر شما در هر مرحله تجدیدنظر بعد از مرحله 2، «پله» باشد، ما باید ظرف 60 روز تقویمی، مبلغی که درخواست کردید را برای شما یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی ارسال کنیم.
- اگر IRO درخواست شما را رد کند، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما را تایید کنیم. این پاسخ، «تأیید تصمیم قبلی» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود. شما نامه‌ای دریافت خواهید کرد که حقوق تکمیلی که در رابطه با تجدیدنظر ممکن است داشته باشید را برای شما توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سایر سطوح تجدیدنظر به بخش J مراجعه کنید.
- اگر Medi-Cal معمولاً خدمات یا اقامت را پوشش دهد، و ما درخواست تجدیدنظر شما را رد کنیم، خودتان می‌توانید تجدیدنظر مرحله 2 خود را درخواست کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش F4 مراجعه کنید.

## G. داروهای Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان عضوی از طرح ما، شامل پوشش بسیاری از داروها می‌شود. بیشتر این موارد داروهای Medicare بخش D هستند. چند دارو هستند که Medicare بخش D آنها را پوشش نمی‌دهد، اما Medi-Cal ممکن است آنها را پوشش دهد. این بخش فقط در مورد درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به داروهای Medicare بخش D است. ما در ادامه این فصل به جای استفاده از «داروی Medicare بخش D» از «دارو» استفاده خواهیم کرد. برای داروهایی که فقط تحت پوشش Medi-Cal هستند، از روال مندرج در بخش E پیروی کنید.

برای اینکه دارو تحت پوشش قرار گیرد باید برای یک عارضه پذیرفته شده از نظر پزشکی، مصرف شود. این موضوع بدین معنی است که این دارو توسط سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) تایید شده است یا مورد حمایت مراجع پزشکی مشخصی است. برای اطلاعات بیشتر در مورد علائم پزشکی مورد قبول به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

### G1. تجدیدنظرها و تصمیمات مربوط به پوشش داروهای Medicare بخش D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات مربوط به پوشش که می‌توانید از ما درخواست کنید در مورد داروهای Medicare بخش D اتخاذ کنیم، ذکر می‌شود:

- شما از ما می‌خواهید که استثناء قائل شویم، از جمله اینکه از ما می‌خواهید که:

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

- یک داروی Medicare بخش D را که در فهرست دارویی طرح ما قرار ندارد، تحت پوشش قرار دهیم؛ یا
- محدودیت اعمال شده بر پوشش یک دارو را لغو کنیم (مثلاً محدودیت‌هایی درباره مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید).

- از ما درخواست کنید که یک دارو برای شما تحت پوشش قرار گیرد (مثلاً وقتی داروی شما در فهرست داروهای طرح ما قرار دارد، اما پیش از اینکه آن را تحت پوشش قرار دهیم، باید آن را برای شما تأیید کنیم).

**توجه:** اگر داروخانه شما به شما بگوید که نمی‌تواند نسخه شما را آنطور که هست تامین کند، داروخانه اطلاعاتی کتبی به شما می‌دهد که نحوه تماس با ما برای درخواست تصمیم پوششی را برایتان توضیح می‌دهد.

تصمیم اولیه برای پوشش داروهای Medicare بخش D شما «تصمیم پوششی» نامیده می‌شود.

- از ما درخواست کنید که هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کرده‌اید، بپردازیم. این موضوع، درخواست برای تصمیم پوششی در رابطه با پرداخت هزینه می‌باشد.
- اگر با تصمیمی که در مورد پوشش گرفتیم موافق نیستید، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و نحوه ارسال درخواست تجدیدنظر به شما ارائه می‌کند. می‌توانید از جدول زیر کمک بگیرید.

| شما در کدامیک از این شرایط قرار دارید؟                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                             |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما قرار ندارد یا می‌خواهید یکی از قوانین یا محدودیت‌های مربوط به دارویی را که تحت پوشش ماست، لغو کنیم. | شما می‌خواهید دارویی را که در فهرست دارویی ما قرار دارد تحت پوشش قرار دهیم و فکر می‌کنید شرایط یا محدودیت‌های طرح را برای دارویی که به آن نیاز دارید، رعایت می‌کنید (مانند دریافت تأییدیه پیش از دریافت دارو). | شما می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم. | شما می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم. |
| می‌توانید از ما بخواهید که استثناً قائل شویم. (این نوعی تصمیم پوششی می‌باشد).                                                                  | می‌توانید برای اتخاذ تصمیم پوششی از ما درخواست کنید.                                                                                                                                                           | می‌توانید از ما درخواست کنید که مبلغ پرداختی را به شما بازپرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم پوششی می‌باشد).                      | می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (بدین معنی که از ما برای تجدیدنظر درخواست می‌کنید).                                        |
| با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش‌های G3 و G4 مراجعه کنید.                                                                                       | به بخش G4 مراجعه کنید.                                                                                                                                                                                         | به بخش G4 مراجعه کنید.                                                                                                      | به بخش G5 مراجعه کنید.                                                                                                      |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## G2. استثنای Medicare بخش D

اگر دارو به صورتیکه مورد نظر شما است، تحت پوشش ما نیست، می‌توانید از ما بخواهید که «استثناء» قائل شویم. اگر درخواست شما برای استثناء را قبول نکنیم، شما می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

هنگامی که برای استثناء درخواست می‌کنید، پزشک شما یا تجویز کننده دیگری باید توضیح دهد که به چه دلیل به استثناء نیاز دارید.

درخواست پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما قرار ندارد یا درخواست لغو محدودیت مربوط به یک دارو، گاهی درخواست «استثناء در فهرست دارویی» (formulary exception) نامیده می‌شود. درخواست برای پرداخت مبلغ کمتر برای یک دارو غیرترجیحی تحت پوشش، گاهی اوقات درخواست «استثنای رده بندی» نامیده می‌شود.

در اینجا چند نمونه استثنا ذکر می‌شود که شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگری می‌توانید از ما بخواهید که قائل شویم:

### 1. پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست

- اگر بپذیریم که استثنا قائل شویم و دارویی را که در فهرست دارویی ما قرار ندارد تحت پوشش قرار دهیم، شما سهم ثابتی را پرداخت می‌کنید که برای داروهای ردیف 4 اعمال می‌شود: ردیف داروهای غیر-ترجیحی.
- شما نمی‌توانید استثنایی بابت مبلغ الزامی سهم ثابت خود برای دارو دریافت کنید.

### 2. حذف محدودیت یک دارو تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت‌های بیشتری در مورد برخی داروهای خاص در فهرست داروهای ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 کتابچه / اعضا مراجعه کنید).
- مقررات و محدودیت‌های بیشتر در مورد داروهای خاص شامل موارد زیر می‌شوند:
  - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند.
  - دریافت تاییدیه از ما قبل از اینکه موافقت کنیم دارو برای شما تحت پوشش قرار گیرد. این امر گاهی اوقات «اجازه قبلی» (PA) خوانده می‌شود.
  - ضرورت استفاده اولیه از یک داروی متفاوت دیگر قبل از اینکه موافقت کنیم دارویی که درخواست کرده‌اید را، پوشش دهیم. این امر گاهی اوقات «درمان گام به گام» خوانده می‌شود.
  - محدودیت مقدار. محدودیت‌هایی در مورد میزان برخی از داروهایی که می‌توانید داشته باشید، وجود دارد.
- اگر با استثناء برای شما موافقت کنیم و محدودیتی را لغو کنیم، می‌توانید درخواست کنید که برای مبلغ سهم ثابتی که باید پرداخت کنید هم استثناء قائل شویم.



**3. تغییر پوشش یک دارو به ردیف سهم هزینه پایین‌تر.** هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف سهم‌هزینه قرار دارد. به طور کلی، هرچه شماره ردیف سهم هزینه کمتر باشد، مبلغی که باید بابت سهم ثابت خود پرداخت کنید، کمتر است.

- **فهرست دارویی ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای مداوای یک عارضه خاص است.** این داروها «جایگزین» خوانده می‌شوند.
- اگر یک داروی جایگزین برای بیماری شما در ردیف سهم‌هزینه پایین‌تری نسبت به دارویی که مصرف می‌کنید قرار داشته باشد، می‌توانید از ما بخواهید آن را با مبلغ سهم‌هزینه مربوط به داروی جایگزین تحت پوشش قرار دهیم. این کار باعث کاهش مبلغ سهم ثابت بیمه‌شده شما برای این دارو می‌شود.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک محصول بیولوژیکی است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین ردیف داروهای جایگزین بیولوژیکی مناسب شرایط شما پوشش دهیم.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی مارکدار است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین ردیف داروهای جایگزین برند مناسب شرایط شما پوشش دهیم.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی ژنریک است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین ردیف داروهای جایگزین ژنریک مناسب شرایط شما پوشش دهیم.
- شما نمی‌توانید از ما بخواهید که رده سهم هزینه را برای داروهای رده 5 تغییر دهیم: داروهای ردیف تخصصی.
- اگر ما درخواست شما برای استثناء در رده بندی را تأیید کنیم و بیش از یک ردیف کمتر از سهم هزینه با داروهای جایگزینی که نمی‌توانید مصرف کنید وجود داشته باشد، معمولاً شما کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید.

### **G3. نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استثناء دانست**

**پزشک شما یا تجویز کننده دیگر باید دلایل پزشکی را به ما بگویند.**

پزشک شما یا تجویز کننده دیگر باید بیانیه‌ای را به ما بدهد که دلایل پزشکی برای درخواست استثناء را توضیح می‌دهد. برای دریافت تصمیم سریع‌تر، در هنگام ارسال درخواست برای استثناء، این اطلاعات پزشکی را از پزشک خود یا تجویز کننده دیگر، دریافت و ضمیمه کنید.

**فهرست دارویی ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای مداوای یک عارضه خاص است.** این داروها «جایگزین» خوانده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین اثر همان دارویی را داشته باشد که درخواست می‌کنید و اثرات جانبی یا سایر مشکلات سلامتی را ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای استثناء را تأیید نمی‌کنیم. اگر از ما درخواست استثناء در رده بندی بکنید، ما معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی‌کنیم، مگر اینکه همه داروهای جایگزین در ردیف(های) سهم هزینه کمتر، روی شما اثر نداشته باشند یا ممکن است باعث یک واکنش نامطلوب یا آسیب دیگری شود.

**ما می‌توانیم به درخواست شما پاسخ مثبت یا منفی بدهیم.**

- اگر به درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت بدهیم، استثناء معمولاً تا آخر سال تقویمی ادامه پیدا می‌کند. این موضوع تا زمانی که پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای مداوای عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند صدق می‌کند.



- اگر به درخواست استثنای شما پاسخ منفی بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. در صورتی که پاسخ ما منفی باشد برای اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر به بخش G5 مراجعه کنید.

بخش بعدی به شما می‌گوید که چطور برای تصمیم مربوط به پوشش شامل استثناء، درخواست ارسال کنید.

#### G4. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش از جمله درخواست استثناء

- با یکی از این روش‌های زیر مشخص کنید چه نوع تصمیم پوششی موردنظرتان است: با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید، درخواست خود را به‌صورت کتبی ارسال کنید یا آن را برای ما فکس کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویز کننده دیگر) می‌توانید این کار را انجام دهید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه خود را وارد کنید.
- شما یا پزشک شما (یا تجویز کننده دیگر) یا فرد دیگری که از سوی شما اقدام می‌کند می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.
- برای اطلاع از نحوه معرفی شخصی دیگر به عنوان نماینده خود به بخش E3 مراجعه کنید.
- لزومی ندارد که به پزشک خود یا تجویز کننده دیگری اجازه کتبی بدهید تا از ما برای تصمیم مربوط به پوشش از سوی شما درخواست کند.
- برای اینکه از ما بخواهید که مبلغ یک دارو را به شما بازپرداخت کنیم، به فصل 7 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای یک استثناء درخواست می‌کنید یک «بیانیه پشتیبان» به ما بدهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر برای استثنای دارویی است.
- پزشک شما یا سایر تجویزکنندگان می‌توانند این بیانیه پشتیبان را برای ما فکس یا ارسال کنند. ایشان همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.
- می‌توانید درخواست‌های تعیین پوشش را به‌صورت الکترونیکی از طریق درگاه امن ویژه اعضا در نشانی زیر ارسال کنید:

[https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites\\_content\\_en/medicare/resources/request\\_exceptions/exceptions](https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions)

- فرم‌های اعضا را انتخاب کنید
  - درخواست تصمیم پوششی را بصورت آنلاین شروع کنید
  - می‌توانید این فرآیند را برای دریافت اجازه قبلی یا استثناء شروع کنید.
- اگر وضعیت سلامت شما ایجاب می‌کند، از ما درخواست «تصمیم پوششی فوری» کنید.
- ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از «مهلت‌های سریع» استفاده کنیم.
- تصمیم پوششی استاندارد بدین معنی می‌باشد که ظرف 72 ساعت بعد از اینکه بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.



- **تصمیم پوششی سریع** بدین معنی می‌باشد که ظرف 24 ساعت بعد از اینکه بیانیۀ پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.

«تصمیم پوششی سریع» را «تصمیم پوششی تسریع شده» نیز می‌گویند.

اگر شرایط زیر برقرار باشد، می‌توانید یک تصمیم پوششی سریع دریافت کنید:

- برای دارویی باشد که شما دریافت نکرده‌اید. اگر از ما بخواهید هزینه دارویی را که قبلاً خریده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید تصمیم پوششی سریع دریافت کنید.
- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما به طور جدی آسیب می‌بیند.
- اگر پزشک یا سایر تجویزکنندگان به ما اطلاع دهند که وضعیت سلامتی شما مستلزم تصمیم پوششی سریع است، درخواست شما را طبق جدول زمانی تصمیم پوششی سریع بررسی خواهیم کرد. ما نامه‌ای حاوی این اطلاعات برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر بدون حمایت پزشک خود یا سایر تجویزکنندگان برای تصمیم پوششی سریع درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم پوششی سریع به شما تعلق می‌گیرد یا نه.
- اگر تشخیص دهیم که عارضه پزشکی شما شرایط تصمیم پوششی سریع را برآورده نمی‌کند، در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - ما نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که به شما اطلاع می‌دهد از مهلت زمانی استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.
  - می‌توانید یک شکایت سریع را تسلیم کرده و پاسخی را ظرف 24 ساعت دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ثبت شکایات از جمله شکایات فوری به **بخش K** مراجعه کنید.

#### مهلت‌های درخواست برای تصمیم پوششی سریع

- زمانی که از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما بدهیم. اگر برای استثناء درخواست کنید، ما ظرف 24 ساعت بعد از دریافت بیانیۀ پشتیبان پزشک شما به آن پاسخ خواهیم داد. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها خواهیم فرستاد تا IRO آن را بررسی کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر مرحله 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر با بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم، ما ظرف 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا گزارش تکمیلی پزشک یا تجویز کننده شما، پوشش را در اختیار شما قرار دهیم.
- اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما اطلاع می‌دهد که می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.



**مهلت‌های درخواست برای تصمیم پوششی استاندارد در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید**

- زمانی که از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما بدهیم. اگر برای استثناء درخواست کنید، ما ظرف 72 ساعت بعد از دریافت بیانیۀ پشتیبان پزشک شما به آن پاسخ خواهیم داد. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها خواهیم فرستاد تا IRO آن را بررسی کند.
- اگر با بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم، ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا گزارش تکمیلی پزشک یا تجویز کننده شما برای استثناء، پوشش را در اختیار شما قرار می‌دهیم.
- اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما اطلاع می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

**مهلت‌های درخواست برای تصمیم پوششی استاندارد در مورد دارویی که قبلاً خریده‌اید**

- ما باید پاسخ خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها خواهیم فرستاد تا IRO آن را بررسی کند.
- اگر با بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم، ظرف 14 روز تقویمی مبلغ را به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما اطلاع می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

**G5. درخواست تجدیدنظر مرحله 1**

درخواست تجدیدنظر به طرح بیمه در مورد تصمیم مربوط به پوشش داروی Medicare بخش D «تشخیص مجدد» طرح بیمه نامیده می‌شود.

- با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، ارسال درخواست به‌صورت کتبی یا از طریق فکس برای ما، **تجدیدنظر استاندارد** یا **فوری** خود را آغاز کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویز کننده دیگر) می‌توانید این کار را انجام دهید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را وارد کنید.
- شما باید ظرف **65 روز تقویمی** از تاریخ ذکر شده روی نامه‌ای که برای آگاه سازی شما از تصمیم خود ارسال می‌کنیم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.
- اگر شما این مهلت را از دست بدهید و برای سپری شدن این مهلت دلیل مناسبی داشته باشید، ممکن است فرصت بیشتری را برای درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم. مثال‌هایی از دلایل مناسب مانند مواردی است که شما به بیماری و خیمی مبتلا بوده‌اید یا ما اطلاعاتی اشتباه در مورد مهلت زمانی به شما داده باشیم. در زمان درخواست تجدیدنظر خود دلیل تاخیر در ارائه درخواست تجدیدنظر خود را توضیح دهید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- شما حق دارید که از ما رونوشتی رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشک شما همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری را در حمایت از تجدیدنظر خود به ما بدهید.

**اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.**

درخواست تجدیدنظر سریع، «تشخیص مجدد تسريع شده» نیز نامیده می‌شود.

- اگر به خاطر تصمیم ما در مورد دارویی که دریافت نکرده‌اید، درخواست تجدیدنظر می‌کنید، شما و پزشک شما یا سایر تجویزکنندگان باید تصمیم بگیرید که آیا به «تجدیدنظر سریع» نیاز خواهید داشت یا نه.
  - الزامات مربوط به تجدیدنظر سریع با الزامات مربوط به تصمیم پوششی سریع یکسان است. برای اطلاعات بیشتر به **بخش G4** مراجعه کنید.
- ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و تصمیم خود را به شما ارائه می‌کنیم.
- ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و دوباره با دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما را بازبینی می‌کنیم.
  - ما بررسی می‌کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام اعلام پاسخ **خیر** به درخواست شما مراعات کرده‌ایم یا نه.
  - ممکن است با شما یا پزشک شما یا سایر تجویزکنندگان برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

#### مهلت‌های تجدیدنظر سریع در مرحله 1

- زمانی که از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف **72 ساعت** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم.
  - اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
  - اگر ظرف **72 ساعت** به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به مرحله **2** روال تجدیدنظرها بفرستیم. سپس یک **IRO** آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازبینی و روال تجدیدنظر مرحله **2** به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر با بخشی یا تمام درخواست شما **موافقت** کنیم، باید پوششی را که موافقت کردیم ارائه دهیم ظرف **72 ساعت** بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.

#### مهلت‌های تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ خود را به شما ارائه کنیم.
- اگر دارو را دریافت نکرده باشید و وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، تصمیم خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد. اگر فکر می‌کنید وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



اگر ظرف هفت روز تقویمی، تصمیم خود را اعلام نکنیم، باید درخواست شما را به سطح 2 روال تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازبینی و روال تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.

اگر بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم:

- ما باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم، متناسب با وضعیت سلامت شما در اسرع وقت و حداکثر ظرف هفت روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، ارائه کنیم.
- ما باید هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما بازپرداخت کنیم.

اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم:

- نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.
- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که تهیه کرده‌اید، ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر تصمیمی را ظرف 14 روز تقویمی به شما ندهیم، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها خواهیم فرستاد. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازبینی و روال تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم، ما ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر بخشی یا تمام درخواست شما را رد کنیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.

## G6 درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما را رد کنیم، می‌توانید این تصمیم را قبول کنید یا تجدیدنظر دیگری را درخواست کنید. اگر تصمیم به ثبت درخواست تجدیدنظر دارید، از فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 استفاده کنید. نگاهی که اولین درخواست تجدیدنظر شما را رد کنیم، IRO تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» (IRO)، «Independent Review Entity» است که گاهی اوقات «IRE» نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک شما یا سایر تجویزکننده‌ها باید به صورت کتبی با IRO تماس بگیرید و برای بررسی پرونده خود درخواست ثبت کنید.

- اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کنیم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل دستورالعمل‌هایی درباره نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 از طریق IRO است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه با سازمان تماس بگیرید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- هنگامی که درخواست تجدیدنظر را برای IRO ثبت می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم، به این سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «فایل پرونده» شما نامیده می‌شود. **شما حق دارید یک رونوشت رایگان از فایل پرونده خود داشته باشید.** اگر برای درخواست نسخه رایگان پرونده خود به کمک نیاز دارید، با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید.

- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از تجدیدنظر خود به IRO بدهید.

IRO درخواست تجدیدنظر مرحله 2 Medicare بخش D را بررسی می‌کند و به صورت کتبی به شما پاسخ می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره IRO به **بخش F4** مراجعه کنید.

### مهلت‌های تجدیدنظر سریع در مرحله 2

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، از IRO برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

- اگر آنها با تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید پاسخی را **ظرف 72 ساعت** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما بدهند.
- اگر آن‌ها با بخشی یا تمام درخواست شما **موافقت** کنند، ما باید پوشش دارویی را که تایید شده است **ظرف 24 ساعت** بعد از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.

### مهلت‌های تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

اگر در سطح 2، تجدیدنظر استاندارد داشته باشید، IRO باید بر اساس مهلت‌های زمانی زیر به شما پاسخ دهد:

- **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
- **ظرف 14 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای بازپرداخت دارویی که تهیه کرده‌اید.

اگر IRO با بخشی یا تمام درخواست شما **موافقت** کند:

- ما باید پوشش دارویی را که تایید کردیم **ظرف 72 ساعت** بعد از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.
- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که تهیه کرده‌اید **ظرف 30 روز تقویمی** بعد از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.

- اگر IRO درخواست تجدیدنظر شما را رد کند، بدین معنی است که با تصمیم ما در عدم تایید درخواست شما موافق هستند. این پاسخ، «تأیید تصمیم قبلی» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود.

اگر IRO درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را رد کند، در صورتی که ارزش دلاری پوشش دارویی مورد درخواست شما به حداقل ارزش دلاری تعیین‌شده برسد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌دهید کمتر از حداقل لازم باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر مرحله 2 پایان‌یافته تلقی می‌شود. IRO نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل مبلغ دلاری لازم برای ادامه دادن درخواست تجدیدنظر سطح 3 را در آن اعلام می‌کند.



اگر ارزش دلاری درخواست شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید به درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.

- در روال تجدیدنظر، سه مرحله اضافی دیگر بعد از مرحله 2 وجود دارد.
  - اگر IRO درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما را رد کند و شما شرایط ادامه روال تجدیدنظر را برآورده کنید، شما:
    - تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر مرحله 3 کنید یا نه.
    - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 3 به نامه‌ای که IRO برای شما ارسال کرده مراجعه می‌کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور حقوقی رسیدگی به تجدیدنظرهای سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

## H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان پذیرش می‌شوید، شما حق دارید که همه خدمات بیمارستانی که ما پوشش داده و برای تشخیص بیماری و مداوای بیماری یا مصدومیت شما لازم هستند را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح بیمه ما، به فصل 4 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

پزشک شما و پرسنل بیمارستان در طول بستری تحت پوشش شما در بیمارستان با شما همکاری کرده تا برای هنگامی که بیمارستان را ترک خواهید کرد، آماده شوید. همچنین کمک می‌کنند تا ترتیب هرگونه مراقبتی که بعد از ترخیص نیاز داشته باشید، داده شود.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «روز ترخیص» خوانده می‌شود.
  - پزشک شما یا پرسنل بیمارستان تاریخ ترخیص را به شما خواهند گفت.
- اگر فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید برای بستری طولانی‌تر در بیمارستان درخواست ارسال کنید. این بخش اطلاعات لازم در مورد نحوه ثبت درخواست را در اختیار شما قرار می‌دهد.

علی‌رغم درخواست‌های تجدیدنظر مورد بحث در این بخش H، شما همچنین می‌توانید شکایتی را به DMHC ارسال کنید و از DMHC درخواست «بررسی مستقل پزشکی» برای ادامه بستری خود در بیمارستان کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC به بخش F4 مراجعه کنید. شما می‌توانید علاوه بر درخواست تجدیدنظر سطح 3 یا به‌جای آن، برای «بررسی مستقل پزشکی» نیز درخواست دهید.

## H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما

ظرف دو روز پس از پذیرش شما در بیمارستان، یکی از کارکنان بیمارستان، مانند پرستار یا مددکار، یک اطلاعیه کتبی به شما می‌دهد که «یک پیام مهم از Medicare درباره حقوق شما» (An Important Message from Medicare about Your Rights) نام دارد. همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می‌شوند، یک کپی از این اعلامیه دریافت می‌کنند.

اگر این اعلامیه را دریافت نکردید، از هریک از کارکنان بیمارستان برای آن درخواست کنید. اگر اطلاعات بیشتری نیاز دارید، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. شما همچنین در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- **این اعلامیه را با دقت مطالعه کرده و** اگر موضوعی را متوجه نمی‌شوید سؤال کنید. این پیام حقوق‌تان را به عنوان بیماری بستری در بیمارستان به شما اعلام می‌کند، از جمله:

- حق شما در دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول بستری در بیمارستان و بعد از آن. حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات، نهادی که هزینه آنها را پرداخت می‌کند و مکانی که می‌توانید آنها را دریافت کنید.
- مشارکت در همه تصمیماتی که در مورد طول مدت بستری بیمارستانی خود اتخاذ می‌شود.
- آگاهی از اینکه نگرانی‌هایی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
- نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید.

- **امضاء کردن اعلامیه‌ای** که نشان می‌دهد آنرا درک کرده و با حقوق خود آشنایی دارید.

- شما یا شخصی که از جانب شما اقدام می‌کند، می‌توانید اعلامیه را امضا کنید.
- امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنا نیست که شما با تاریخ ترخیصی که پزشک یا کارکنان بیمارستان ممکن است به شما اعلام کرده باشند، موافقت دارید.

- **نسخه خود از اعلامیه امضاء شده را نگه دارید** تا در صورت لزوم اطلاعات را در دسترس داشته باشید.

اگر بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید، اعلامیه را امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر دریافت خواهید کرد.

می‌توانید نسخه‌ای از این اعلامیه را از قبل مشاهده کنید اگر که:

- از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- به آدرس [www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im) مراجعه کنید.

## H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

برای درخواست ادامه پوشش خدمات بستری بیمارستانی خود برای مدت طولانی‌تر، درخواست تجدیدنظر مطرح کنید. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) درخواست تجدیدنظر سطح 1 را بررسی می‌کند تا مشخص شود آیا تاریخ برنامه‌ریزی‌شده برای ترخیص شما از نظر پزشکی برای شما مناسب است یا خیر.



QIO گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت است که دولت فدرال حقوق آنها را پرداخت می‌کند. این کارشناسان برای افراد دارای Medicare کیفیت را بررسی و به بهبود آن کمک می‌کنند. آنها بخشی از طرح بیمه ما نیستند.

در کالیفرنیا، QIO سازمان Commence Health است. شما می‌توانید با آنها با شماره [887-6668 (855) TTY: 588-1123 (877)] تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه «یک پیام مهم از Medicare درباره حقوق شما» و در فصل 2 درج شده است.

قبل از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما با QIO تماس بگیرید.

- اگر قبل از ترک کردن تماس بگیرید، در طول مدتی که برای دریافت تصمیم در مورد تجدیدنظر شما از QIO منتظر می‌شوید، می‌توانید بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما در بیمارستان اقامت داشته باشید بدون اینکه بابت آن هزینه‌ای پرداخت کنید.
- اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید، و تصمیم داشته باشید که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما در بیمارستان اقامت کنید، ممکن است لازم باشد همه هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما، پرداخت کنید.
- از آنجایی که بستری در بیمارستان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است، اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای ادامه بستری در بیمارستان توجه نکند یا اینکه اگر شما فکر می‌کنید که وضعیت شما فوری است، تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما وجود دارد، یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید شکایتی را برای سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) ارسال کرده و از آنها بخواهید یک «بررسی مستقل پزشکی» انجام دهند. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC به بخش F4 مراجعه کنید.

در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر هر وقت سؤالی داشتید یا به کمک نیاز داشتید:

- از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید
- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

برای بررسی سریع، درخواست کنید. فوری اقدام کنید و با QIO تماس گرفته و برای بررسی سریع ترخیص از بیمارستان خود، درخواست ثبت کنید.

عبارت حقوقی برای «بررسی سریع»، «بررسی فوری» یا «بررسی تسریع شده» است.

آنچه در طول درخواست بررسی سریع اتفاق می‌افتد

- بررسی‌کنندگان QIO، دلیل اینکه فکر می‌کنید پوشش باید بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده ادامه پیدا کند را از شما و نماینده شما سؤال می‌کنند. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی‌کنندگان، پرونده‌های پزشکی شما بازبینی کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما به آنها داده است را بررسی می‌کنند.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

- تا ظهر روز بعد از اینکه بررسی‌کنندگان نتیجه تجدیدنظر شما را به ما اطلاع می‌دهند، نامه‌ای را دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین شده را به شما اعلام می‌کند. این نامه، دلایلی که پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم که ترخیص در آن روز برای شما از نظر پزشکی مناسب است را، توضیح می‌دهد.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی، «اعلامیه مشروح ترخیص» (Detailed Notice of Discharge) است. شما می‌توانید از طریق تماس با خدمات مشتریان به شماره‌های ذکر شده در پایین صفحه یا تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یک نمونه از آن را دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید نمونه‌ای از این اطلاعیه را به‌صورت آنلاین در [www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im) مشاهده کنید.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، QIO پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهد.

اگر QIO با درخواست تجدیدنظر شما موافق باشد:

- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را برای شما ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO درخواست تجدیدنظر شما را رد کند:

- آنها معتقدند تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری شما در بیمارستان در ظهر روز پس از آن که QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ دهد، پایان می‌یابد.
- ممکن است لازم باشد که هزینه کامل مراقبت بیمارستانی را از بعدازظهر روز بعد از ارائه پاسخ QIO به شما، خود بپردازید.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد و شما پس از تاریخ ترخیص تعیین شده خود در بیمارستان ماندید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه دهید.

### H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO بخواهید تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند را، دوباره بررسی کنند. با آنها با شماره [TTY: 1-855-887-6668] 1-877-588-1123 تماس بگیرید.

شما باید این بررسی را ظرف 60 روز تقویمی پس از روزی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ رد داد، درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید، که بعد از تاریخ پایان پوشش بیمه برای مراقبت‌هایتان، همچنان در بیمارستان بستری باشید.

بررسی‌کنندگان QIO:

- همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را دوباره با دقت بررسی خواهند کرد.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم، به شما اعلام خواهند کرد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

اگر QIO با درخواست تجدیدنظر شما موافق باشد:

- ما باید از ظهر روز بعد از تاریخی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، سهم هزینه‌های خود از مراقبت‌های بیمارستانی را به شما بازپرداخت کنیم.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را برای شما ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO درخواست تجدیدنظر شما را رد کند:

- آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
  - آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر مرحله 3 بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
  - همچنین می‌توانید برای ادامه بستری خود در بیمارستان شکایتی را به DMHC ارسال کنید یا از DMHC، «بررسی مستقل پزشکی» درخواست کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC به بخش F4 مراجعه کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور حقوقی رسیدگی به تجدیدنظرهای سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

## 1. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی خاص

این بخش فقط در مورد سه نوع از خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبت درمانی در خانه
  - مراقبت پرستاری تخصصی در مرکز پرستاری تخصصی، و
  - توانبخشی سرپایی در یک مرکز توانبخشی سرپایی جامع (CORF) مورد تأیید Medicare. این معمولاً به این معنی است که شما در حال درمان برای یک بیماری یا سانه هستید یا در حال بهبودی پس از یک عمل جراحی سنگین هستید.
- با هر کدام از این سه نوع خدمات، شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را تا زمانی که پزشک بگوید به آن نیاز دارید، دریافت کنید. هنگامی که تصمیم بگیریم که به پوشش هر یک از این مراقبت‌ها خاتمه دهیم، بایستی قبل از خاتمه خدمات به شما اطلاع دهیم. هنگامی که پوشش شما برای آن خدمات به پایان برسد، ما پرداخت هزینه آن خدمات را متوقف می‌کنیم.
- اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه داده‌ایم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.



## 11. اطلاع‌رسانی پیش از خاتمه پوشش بیمه شما

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از اینکه هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم، آن را دریافت خواهید کرد. این اطلاعیه، «اعلامیه عدم پوشش Medicare» نامیده می‌شود. این اطلاعیه تاریخ توقف پوشش مراقبت شما و نحوه اعتراض به تصمیم ما را به شما اعلام می‌کند.

شما یا نماینده شما باید اعلامیه را امضاء کنید تا نشان دهید که آنرا دریافت کرده‌اید. امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما این اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

## 12. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه داده‌ایم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما اطلاعاتی می‌دهد.

- **مهلت‌ها را رعایت کنید.** مهلت‌های زمانی اهمیت دارند. از مهلت‌های مربوط به کارهایی که باید انجام دهید، آگاه باشید و از آنها پیروی کنید. برنامه ما نیز باید از مهلت‌ها پیروی کند. اگر فکر می‌کنید که ما مهلت‌های خود را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به بخش K مراجعه کنید.
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر هر وقت سؤالی داشتید یا به کمک نیاز داشتید:
  - از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید
  - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

### ● با QIO تماس بگیرید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO و نحوه تماس با آنها به بخش H2 یا به فصل 2 از دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- از آنها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که آیا تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.
- **سریع اقدام کنید و برای «تجدیدنظر سریع» درخواست دهید.** از QIO بپرسید که آیا از نظر پزشکی برای ما مناسب است که به پوشش خدمات پزشکی شما پایان دهیم.

### مهلت شما برای تماس با این سازمان

- شما باید تا ظهر روز قبل از تاریخ اجرای ذکر شده در «اعلامیه عدم پوشش Medicare» که برای شما ارسال کردیم، با QIO تماس بگیرید تا روند درخواست تجدیدنظرتان شروع شود.
- اگر «سازمان بهبود کیفیت» به درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات سلامتی و درمانی توجه نکند یا اینکه شما فکر می‌کنید که وضعیت شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما وجود دارد یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید شکایتی را برای سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) ارسال کرده و از آنها بخواهید یک «بررسی مستقل پزشکی» انجام دهند. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC به بخش F4 مراجعه کنید.



عبارت حقوقی برای اعلامیه کتبی «اعلامیه عدم پوشش Medicare» یا «Notice of Medicare Non-Coverage» می‌باشد. برای دریافت نمونه، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک نسخه آنلاین از نشانی [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/) FFS-Expedited-Determination-Notices دریافت کنید.

### آنچه در طول درخواست تجدیدنظر سریع اتفاق می‌افتد

- بررسی‌کنندگان QIO از شما یا نماینده شما می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید ادامه یابد. شما نیازی به نوشتن بیانییه ندارید، اما می‌توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی‌کنندگان، پرونده‌های پزشکی شما بازبینی کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که طرح ما به آنها داده است را بررسی می‌کنند.
- طرح ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما این اطلاعیه را تا پایان روزی که بررسی‌کنندگان، نتیجه درخواست تجدیدنظر شما را به ما اطلاع دهند، دریافت می‌کنید.

### عبارت حقوقی برای توضیح اعلامیه، «توضیح مشروح عدم پوشش» یا «Detailed Explanation of Non-Coverage» می‌باشد.

- بررسی‌کنندگان، تصمیم خود را ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز ارائه می‌دهند.
- اگر QIO با درخواست تجدیدنظر شما موافق باشد:
- ما خدمات تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، به شما ارائه خواهیم داد.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر شما را رد کند:
- پوشش ما در تاریخی که به شما اطلاع داده‌ایم، به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم به ادامه مراقبت‌های درمانی در خانه، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات CORF بعد از تاریخ پایان پوشش خود داشته باشید، هزینه کامل این مراقبت را خودتان می‌پردازید.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه دهید یا نه.

### 13. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO بخواهید تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند را، دوباره بررسی کنند. شما می‌توانید با آنها با شماره (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668] تماس بگیرید.



شما باید این بررسی را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ رد داد، درخواست کنید. **تنها** در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده، به دریافت مراقبت ادامه داده باشید.

بررسی کنندگان QIO:

- همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را دوباره با دقت بررسی خواهند کرد.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم، به شما اعلام خواهند کرد.
- اگر QIO با درخواست تجدیدنظر شما موافق باشد:
- ما سهم هزینه‌های خود از مراقبت درمانی را که بعد از زمان اعلام پایان پوشش، دریافت کرده‌اید، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- ما تا زمانی که مراقبت از نظر پزشکی ضروری باشد، پوشش آن را فراهم خواهیم کرد.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر شما را رد کند:
- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر مرحله 3 بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- شما می‌توانید شکایتی را از طریق DMHC ثبت کنید تا یک «بررسی مستقل پزشکی» برای ادامه پوشش خدمات مراقبت‌های درمانی شما انجام دهند. لطفاً برای اطلاع از نحوه درخواست از DMHC برای «بررسی مستقل پزشکی» به بخش F4 مراجعه کنید. می‌توانید علاوه بر درخواست تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، شکایتی را از طریق DMHC ارسال و یک «بررسی مستقل پزشکی» درخواست کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور حقوقی رسیدگی به تجدیدنظرهای سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

## J. ادامه درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2

### J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقامت Medicare

اگر تجدیدنظر مرحله 1 و تجدیدنظر مرحله 2 را برای خدمات و اقامت Medicare درخواست کرده‌اید و هر دو تجدیدنظر پذیرفته نشده‌اند، ممکن است برای مراحل بعدی تجدیدنظر واجد شرایط باشید.

اگر ارزش دلاری خدمات یا اقامت Medicare که نسبت به آن اعتراض کرده‌اید به حداقل مبلغ تعیین شده نرسد، نمی‌توانید اعتراض خود را ادامه دهید. اگر ارزش دلار به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر سطح 3 را ارایه کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



### تجدیدنظر مرحله 3

مرحله 3 فرآیند تجدیدنظر یک دادرسی ALJ است. شخصی که این تصمیم را می‌گیرد، یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور حقوقی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل با درخواست تجدیدنظر شما **موافق** باشد، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که به نفع شما است، اعتراض کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظر** این تصمیم گرفتیم، یک کپی از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه هرگونه اسناد مربوطه، برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر تصمیم به **عدم تجدیدنظر** گرفتیم باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا داور حقوقی، اجازه این خدمات را به شما دهیم یا خدمات را ارائه کنیم.
  - اگر ALJ یا قاضی وکیل درخواست تجدیدنظر شما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر تصمیم به **عدم پذیرش** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیرید، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

### تجدیدنظر مرحله 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا با درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما **موافق** باشد، یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شماست رد کند، ما حق تجدیدنظر تا مرحله 5 را داریم.

- اگر تصمیم بپذیریم به این تصمیم **اعتراض کنیم**، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفتیم به این تصمیم **اعتراض نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز دهیم یا خدمات را به شما ارائه دهیم.
- اگر شورا جواب **منفی** دهد یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر تصمیم به **عدم پذیرش** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیرید، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید تا مرحله تجدیدنظر سطح 5 ادامه دهید و اینکه چه کاری باید انجام دهید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## تجدیدنظر مرحله 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر و همه اطلاعات شما را بررسی می‌کند و جواب مثبت یا منفی می‌دهد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

## J2. دیگر تجدیدنظرهای Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه‌ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید، چه کاری باید انجام دهید.

اگر با تصمیم دادرسی ایالتی موافق نیستید و می‌خواهید قاضی دیگری آنرا بررسی کند، می‌توانید برای دادرسی مجدد درخواست کنید و یا خواهان بازنگری قضایی شوید. برای درخواست دادرسی مجدد یک درخواست کتبی (نامه) را به نشانی زیر ارسال کنید: The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814. این نامه باید ظرف 30 روز پس از دریافت تصمیم، ارسال شود. این مهلت در صورتی که دلیل موجهی برای تأخیر داشته باشید، می‌تواند تا 180 روز تمدید شود. درخواست دادرسی مجدد خود، تاریخ دریافت تصمیم را ذکر کرده و توضیح دهید که چرا درخواست دادرسی مجدد باید پذیرفته شود. اگر می‌خواهید مدارک دیگری را ارائه کنید، مدارک تکمیلی را شرح داده و توضیح دهید که به چه دلیل قبلاً ارائه نشدند و در تصمیم چه تغییری ایجاد خواهند کرد. شما می‌توانید برای دریافت کمک با خدمات حقوقی تماس بگیرید. برای درخواست بازنگری قضایی، باید ظرف یک سال پس از دریافت تصمیم، دادخواستی را در «دادگاه عالی (Superior Court)» (طبق بخش 1094.5 قانون آیین دادرسی مدنی)، ثبت کنید. دادخواست خود را به دادگاه عالی برای کانتی که در تصمیم شما قید شده تسلیم کنید. شما می‌توانید این دادخواست را بدون درخواست برای دادرسی مجدد تسلیم کنید. نیازی به پرداخت هزینه برای تسلیم دادخواست نیست. در صورتیکه دادگاه تصمیم نهایی خود را به نفع شما صادر کند، ممکن است برای دستمزد و هزینه‌های قابل قبول برای وکیل، واجد شرایط باشید. اگر درخواست دادرسی مجدد رسیدگی شده باشد و با تصمیم حاصل از آن موافق نباشید، می‌توانید درخواست بازنگری قضایی (judicial review) کنید، اما نمی‌توانید درخواست دادرسی مجدد دیگری را مطرح کنید.

## J3. مراحل تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D

اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 1 و مرحله 2 را ارائه کرده باشید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده باشد، این بخش می‌تواند برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که درخواست دادید به ارزش دلاری مشخصی برسد، ممکن است بتوانید تا سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر ادامه دهید. پاسخ کتبی که از درخواست تجدیدنظر مرحله 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی باید تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر مرحله 3 را انجام دهید.

## تجدیدنظر مرحله 3

مرحله 3 فرآیند تجدیدنظر یک دادرسی ALJ است. شخصی که این تصمیم را می‌گیرد، یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا داور حقوقی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل با درخواست تجدیدنظر شما موافق باشد:

- روال درخواست تجدیدنظر پایان یافته است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر تسریع شده) مجوز یا پوشش دارویی تأیید شده را ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.



اگر ALJ یا قاضی وکیل درخواست تجدیدنظر شما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر تصمیم به **عدم پذیرش** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بگیرید، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

#### تجدیدنظر مرحله 4

شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا با درخواست تجدیدنظر شما **موافق** باشد:

- روال درخواست تجدیدنظر پایان یافته است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر تسریع شده) مجوز یا پوشش دارویی تأیید شده را ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **پاسخ منفی** دهد یا درخواست بررسی را رد کند، ممکن است روند اعتراض پایان نیافته باشد.

- اگر این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **بپذیرید**، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر تصمیم به **عدم پذیرش** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بگیرید، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید تا مرحله تجدیدنظر سطح 5 ادامه دهید و اینکه چه کاری باید انجام دهید.

#### تجدیدنظر مرحله 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر و همه اطلاعات شما را بررسی می‌کند و جواب **مثبت** یا **منفی** می‌دهد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

### K. نحوه ثبت شکایت

#### K1. شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد

روال شکایت تنها برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود، از قبیل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات مشتریان. در ادامه چند نمونه از انواع مشکلاتی که توسط روال شکایت رسیدگی می‌شوند، ذکر می‌شود.

| شکایت                  | مثال                                                                                  |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| کیفیت مراقبت پزشکی شما | • شما از کیفیت مراقبت، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کرده‌اید، ناراضی هستید. |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| مثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | شکایت                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما فکر می‌کنید که کسی به حق شما برای حفظ حریم خصوصی احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                      | احترام به محرمانگی و حریم خصوصی شما                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارائه‌کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی‌ادبانه یا غیرمحرمانه رفتار کردند.</li> <li>• کارکنان ما با شما بد رفتار کردند.</li> <li>• احساس می‌کنید که از طرح ما کنار گذاشته می‌شوید.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   | بی‌احترامی، خدمات مشتریان ضعیف، یا سایر رفتارهای منفی               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما نمی‌توانید به‌صورت فیزیکی به امکانات و خدمات مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده خدمات، دسترسی داشته باشید.</li> <li>• پزشک یا ارائه‌کننده شما برای زبانی غیر از انگلیسی که شما صحبت می‌کنید (به عنوان مثال زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجم فراهم نمی‌کند.</li> <li>• ارائه‌دهنده شما سایر تسهیلات معقولی را که نیاز دارید و درخواست کرده‌اید، در اختیارتان نمی‌گذارد.</li> </ul>  | قابلیت دسترسی به خدمات و امداد زبانی                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما در گرفتن وقت ویزیت با مشکلاتی مواجه هستید یا برای گرفتن آن بیش از حد منتظر می‌شوید.</li> <li>• پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان سلامت، خدمات مشتریان یا سایر کارکنان طرح درمانی، شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.</li> </ul>                                                                                                                                                           | زمان‌های انتظار                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما فکر می‌کنید که کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | پاکیزگی                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• فکر می‌کنید که در ارائه اعلامیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید، کوتاهی کرده‌ایم.</li> <li>• فکر می‌کنید که درک اطلاعات کتبی که برای شما ارسال کرده‌ایم، بسیار مشکل است.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              | اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• عقیده دارید که از مهلت‌های زمانی مشخص شده برای اتخاذ تصمیم پوششی یا پاسخگویی به تجدیدنظر پیروی نمی‌کنیم.</li> <li>• عقیده دارید که پس از اتخاذ تصمیم در رابطه با پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، مهلت‌های زمانی مشخص شده برای تایید یا ارائه خدمات یا بازپرداخت هزینه خدمات پزشکی خاص به شما را، رعایت نمی‌کنیم.</li> <li>• شما معتقدید که ما پرونده شما را به موقع به IRO ارسال نکرده‌ایم.</li> </ul> | رعایت زمان‌بندی و اعلام به موقع در خصوص تجدیدنظرها یا تصمیمات پوششی |

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**انواع مختلفی از شکایت وجود دارد.** شما می‌توانید یک شکایت داخلی و یا یک شکایت بیرونی مطرح کنید. یک شکایت داخلی توسط طرح درمانی ما ثبت و بررسی می‌شود. یک شکایت بیرونی توسط سازمانی غیروابسته به طرح درمانی ما ثبت و بررسی می‌شود. اگر برای طرح شکایت داخلی و/یا بیرونی به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

عبارت حقوقی برای «شکایت»، «نارضایتی» است.

عبارت حقوقی برای «تنظیم یا طرح شکایت»، «تسلیم نارضایتی» است.

## K2. شکایات داخلی

برای طرح شکایت داخلی، با خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. شما می‌توانید در هر زمانی شکایت کنید، مگر اینکه در مورد داروی Medicare بخش D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی Medicare بخش D است، باید آن را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از بروز مشکلی که می‌خواهید از آن شکایت کنید، مطرح نمایید.

- اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، خدمات مشتریان به شما اطلاع خواهد داد.
- شما همچنین می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی تهیه و برای ما ارسال کنید. اگر شکایت خود را به‌صورت کتبی ارائه دهید، ما نیز به‌صورت کتبی به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.
- در اینجا نحوه عملکرد آن آمده است:

○ مرحله 1: تسلیم نارضایتی

- برای شروع فرآیند، ظرف 60 روز پس از رویداد با یک نماینده خدمات مشتریان تماس بگیرید و درخواست کنید نارضایتی شما را ثبت کنند. همچنین می‌توانید نارضایتی خود را به صورت کتبی ظرف 60 روز پس از رویداد با ارسال آن به آدرس زیر ثبت کنید:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan  
Appeals & Grievances Department  
P.O. Box 927  
Woodland Hills CA 91365-9856

○ فکس: 916-350-6510

- اگر از طریق فکس یا پست با ما تماس می‌گیرید، لطفاً با ما تماس بگیرید تا برای فرم تجدیدنظر و شکایات Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، درخواست کنید. ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم و به شما اطلاع می‌دهیم که اطلاعیه نگرانی شما را ظرف 5 روز تقویمی دریافت کرده‌ایم و نام شخصی را که روی آن کار می‌کند، به شما می‌دهیم. ما معمولاً موضوع را ظرف 30 روز تقویمی حل و فصل خواهیم کرد.

- اگر درخواست «نارضایتی تسریع شده» یا «اتخاذ تصمیم سریع» یا «تجدیدنظر سریع» دارید، شکایت/تجدیدنظر خود را با ارسال درخواست کتبی به آدرس درج‌شده در مرحله 1 در بالا یا با تماس با خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 مطرح کنید. برای «نارضایتی تسریع

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



شده» یا «اتخاذ تصمیم سریع» یا «تجدیدنظر سریع»، ما باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت کتبی شکایت/تجدیدنظر شما یا دریافت آن از طریق تماس تلفنی با ما، پاسخ خود را به شما ارائه کنیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد. اگر به دلیل اینکه تصمیم گرفتیم امکان «تصمیم سریع» یا «تجدیدنظر سریع» را برای شما فراهم نکنیم، درخواست «نارضایتی تسريع شده» بکنید، درخواست شما را به یک مدیر پزشکی که در تصمیم اولیه ما دخیل نبوده، ارسال می‌کنیم. ممکن است از شما بپرسیم که آیا اطلاعات بیشتری دارید که در زمان درخواست «تصمیم اولیه سریع» یا «تجدیدنظر سریع» موجود نبوده است. مدیر پزشکی درخواست شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیم اولیه ما مناسب بوده است یا خیر. ما ظرف 24 ساعت پس از درخواست شما برای «نارضایتی تسريع شده»، نامه‌ای حاوی تصمیم خود برای شما ارسال خواهیم کرد. ما باید شکایت شما را به همان سرعتی که پرونده شما بر اساس وضعیت سلامتی‌تان نیاز دارد، رسیدگی کنیم، اما حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت شکایت شما.

## ● مرحله 2: جلسه رسیدگی به شکایات

- اگر از حل و فصل شکایت خود در رابطه با کیفیت مراقبت راضی نیستید، می‌توانید برای رسیدگی به شکایت خود، یک درخواست کتبی به «اداره شکایات و تجدیدنظرهای Blue Shield Medicare» ارائه دهید. ظرف 31 روز تقویمی پس از درخواست کتبی شما، ما هیئتی را برای رسیدگی به پرونده شما تشکیل خواهیم داد. از شما برای شرکت در جلسه رسیدگی که شامل یک پزشک بی‌طرف و نماینده‌ای از «اداره رسیدگی به شکایات و تجدیدنظرها» است، دعوت می‌شود. شما می‌توانید شخصاً یا از طریق کنفرانس تلفنی در این جلسه شرکت کنید. پس از جلسه رسیدگی، نامه حل‌وفصل نهایی را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر از نتیجه رسیدگی به شکایت خود که مربوط به کیفیت مراقبت نیست، مانند زمان‌های انتظار، بی‌احترامی، خدمات مشتریان یا پاکیزگی، راضی نبودید، می‌توانید با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید و درخواست بررسی تکمیلی، کنید.

عبارت حقوقی برای «شکایت سریع»، «نارضایتی تسريع شده» می‌باشد.

در صورت امکان، فوراً به شما پاسخ خواهیم داد. اگر در مورد یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در جریان همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند که سریع‌تر پاسخ دهیم، این کار را انجام خواهیم داد.

- ما به اکثر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر به دلیل نیاز به اطلاعات بیشتر ظرف 30 روز تقویمی تصمیمی نگیریم، کتباً به شما اطلاع می‌دهیم. ما همچنین به‌روزرسانی وضعیت و زمان تخمینی را برای شما برای دریافت پاسخ ارائه می‌کنیم.
  - اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای «تصمیم پوششی سریع» یا «تجدیدنظر سریع» قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک «شکایت سریع» را به شما اختصاص داده و به شکایت شما را ظرف 24 ساعت پاسخ خواهیم داد.
  - اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که ما زمان زیادی برای تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر صرف کرده‌ایم، به‌طور خودکار یک «شکایت سریع» به شما ارائه می‌دهیم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر با بخشی یا تمام شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع خواهیم داد و دلایل خود را بیان می‌کنیم. چه با شکایت موافق باشیم یا مخالف، به آن پاسخ خواهیم داد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



### K3. شکایات بیرونی

#### Medicare

می‌توانید شکایت خود را به Medicare اطلاع دهید یا آن را برایشان ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این آدرس موجود است: [www.medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). پیش از طرح شکایت نزد Medicare، لزومی ندارد که ابتدا شکایت خود را نزد Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan طرح کنید.

Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر بازخورد یا نگرانی‌هایی دارید یا اگر احساس می‌کنید که طرح درمانی به مشکل شما توجه نمی‌کند، می‌توانید با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE نیز تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

#### Medi-Cal

شما می‌توانید شکایت خود را از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، نزد بازرس کل Medi-Cal برای مراقبت‌های هماهنگ در اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS)، ثبت کنید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید.

می‌توانید شکایتی را به سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) ارائه کنید. DMHC مسئول کنترل و نظارت بر طرح‌های درمانی است. شما می‌توانید با مرکز راهنمایی DMHC برای دریافت کمک در مورد شکایت مربوط به خدمات Medi-Cal تماس بگیرید. برای موارد غیر فوری، اگر با تصمیم در مورد تجدیدنظر سطح 1 خود مخالف هستید یا اگر طرح پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده باشد، می‌توانید با DMHC شکایت کنید. با این حال، اگر در مورد شکایتی که شامل یک مشکل فوری یا تهدیدی جدی و فوری برای سلامتی شماست، اگر درد شدید دارید، اگر با تصمیم طرح مادر مورد شکایت خود مخالف هستید، یا اگر طرح ما پس از 30 روز تقویمی به شکایت شما رسیدگی نکرده است، می‌توانید برای دریافت کمک بدون ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مرکز راهنمایی ذکر می‌شود:

- تماس با 1-888-466-2219. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا افراد دارای مشکلات گفتاری، می‌توانند با تلفن رایگان TTY به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- به وبسایت سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ مراجعه کنید ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

#### دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر فکر می‌کنید با شما منصفانه رفتار نشده است، می‌توانید به اداره بهداشت و خدمات انسانی (HHS) شکایت کنید. به عنوان مثال، می‌توانید در مورد دسترسی به تسهیلات ویژه افراد ناتوان یا کمک زبانی شکایت کنید. تلفن OCR به شماره 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) بازدید کنید.



همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR تماس بگیرید:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

مرکز پاسخگویی به مشتریان: 1-800-368-1019  
فکس: 202-619-3818  
TTY: 1-800-537-7697  
ایمیل: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

شما ممکن است تحت قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (Americans with Disability Act, ADA) و قانون اصلاحات سال 2008 (P.L. 110-325) نیز از حقوقی برخوردار باشید. برای دریافت کمک می‌توانید با برنامه بازرس Medi-Cal تماس بگیرید. شماره تلفن: 1-888-452-8609.

## QIO

هنگامی که شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است دو گزینه در اختیار دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود در مورد کیفیت مراقبت را مستقیماً به QIO مطرح کنید.
  - شما می‌توانید شکایت خود را به QIO و طرح ما مطرح کنید. اگر شکایت را به QIO تسلیم می‌کنید، ما با آنها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.
- QIO شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال بوده تا مراقبت ارائه شده به بیماران Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند. برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO به بخش H2 یا به فصل 2 از دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، QIO سازمان Commence Health خوانده می‌شود. با شماره تلفن [TTY: 1-855-887-6668] 1-877-588-1123 می‌توانید با Commence Health تماس بگیرید.

## فصل 10: خاتمه دادن به عضویت شما در طرح بیمه ما

### مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد روش‌هایی که می‌توانید به عضویت خود در برنامه ما خاتمه دهید و گزینه‌های پوشش درمانی شما بعد از ترک طرح بیمه را توضیح می‌دهد. اگر از طرح ما خارج شوید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی/اعضا گنجانده شده‌اند.



## فهرست مطالب

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. زمانی که می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید .....                              | 267 |
| B. چگونه می‌توان عضویت را در طرح ما پایان داد .....                                        | 268 |
| C. چگونه خدمات Medicare و Medi-Cal را مجزا از هم دریافت کنیم .....                         | 268 |
| C1. خدمات Medicare شما .....                                                               | 269 |
| C2. خدمات Medi-Cal شما .....                                                               | 272 |
| D. خدمات، اقلام و داروهای پزشکی شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما پایان یابد .....       | 272 |
| E. سایر موقعیت‌هایی که در آن، عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد .....                    | 273 |
| F. قوانین منع درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامت .....               | 275 |
| G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در طرح بیمه خود خاتمه دادیم، شکایت کنید .....      | 275 |
| H. چگونه می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در طرح بیمه دریافت کنید ..... | 275 |



## A. زمانی که می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید

بیشتر افراد دارای Medicare می‌توانند عضویت خود را در مواقع خاص در سال پایان دهند. از آنجا که شما بیمه Medi-Cal دارید، گزینه‌های مختلفی برای پایان دادن به عضویت خود در طرح ما دارید، از جمله اینکه می‌توانید این کار را در هر ماه از سال انجام دهید.

علاوه بر این، می‌توانید هر سال عضویت خود در طرح ما را در دوره‌های زیر پایان دهید:

- **دوره ثبت نام باز**، که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت شما در برنامه درمانی جدید در 1 ژانویه آغاز می‌شود.

- **دوره ثبت نام باز Medicare Advantage (MA)**، که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد و همچنین برای ذینفعان جدید Medicare که در یک برنامه ثبت نام کرده‌اند، از ماه برخورداری از بخش A و بخش B تا آخرین روز سومین ماه برخورداری از این حق، است. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی جدید در روز اول ماه بعد آغاز می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، وقتی که:

- از منطقه خدمات‌دهی ما خارج شوید،
- احراز شرایط شما برای Medi-Cal یا کمک اضافی (Extra Help) تغییر کند، یا
- اخیراً وارد یک مرکز پرستاری یا بیمارستان مراقبت طولانی مدت شده باشید، در حال حاضر در آنجا در حال دریافت مراقبت درمانی باشید یا اخیراً از آن خارج شده باشید.

عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست خود را برای پایان دادن به عضویت در طرح ما دریافت می‌کنیم، پایان می‌یابد. برای مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در طرح بیمه ما در 31 ژانویه خاتمه پیدا خواهد کرد. اگر در طرح دیگری ثبت‌نام کنید، پوشش جدید شما از اولین روز ماه بعد آغاز می‌شود (در این مثال، 1 فوریه).

اگر برنامه ما را ترک می‌کنید، می‌توانید درباره موارد زیر اطلاعات بگیرید:

- گزینه‌های Medicare در جدول **بخش C1**.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش C2**.

از طریق راه‌های ارتباطی زیر، می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- تماس با خدمات مشتریان با شماره‌های انتهای این صفحه. شماره مخصوص کاربران TTY نیز ذکر شده است.
- با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



- برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP)، به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. در دسترس است. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به [www.aging.ca.gov/HICAP](http://www.aging.ca.gov/HICAP) مراجعه کنید. تماس با گزینه‌های مراقبت درمانی (Health Care Options) به شماره 1-844-580-7272، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 6 p.m. در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
  - تماس با بازرس مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. یا از طریق ایمیل [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov).
- توجه: اگر عضو برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، ممکن است نتوانید برنامه را تغییر دهید. برای اطلاعات در مورد برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

## B. چگونه می‌توان عضویت را در طرح ما پایان داد

- اگر تصمیم به پایان عضویت خود دارید، می‌توانید این کار را با ثبت‌نام در طرح Medicare دیگری یا تغییر طرح‌تان به Original Medicare انجام دهید. با این حال، اگر بخواهید از طرح ما به Original Medicare منتقل شوید، اما یک طرح دارویی جداگانه Medicare انتخاب نکرده باشید، باید درخواست لغو عضویت از طرح ما را بدهید. دو راه وجود دارد که می‌توانید درخواست لغو ثبت نام کنید:
- شما می‌توانید درخواست خود را به صورت مکتوب برای ما ارسال کنید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با شماره پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
  - با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که در شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگامی که با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید، همچنین می‌توانید در یکی دیگر از طرح‌های درمانی یا دارویی Medicare ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare خود هنگامی که طرح بیمه ما را ترک می‌کنید در جدول صفحه 295 موجود است.
  - با «گزینه‌های مراقبت درمانی» به شماره 1-844-580-7272، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 6 p.m. تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
  - بخش C در زیر شامل مراحل است که می‌توانید برای ثبت نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می‌دهد.

## C. چگونه خدمات Medicare و Medi-Cal را مجزا از هم دریافت کنیم

اگر بخواهید از طرح ما خارج شوید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.



**C1. خدمات Medicare شما**

شما در هر یک از ماههای سال، سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود که در زیر فهرست شده‌اند، دارید. شما در طول زمان‌های خاصی از سال، از جمله دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش A توضیح داده شده، یک گزینه دیگر هم دارید که در زیر ذکر شده است. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، شما به طور خودکار عضویت خود را در برنامه ما پایان می‌دهید.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید.<br/>کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای سئوالات مربوط به برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>یا</b></p> <p>در یک برنامه Medi-Medi جدید ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح بیمه جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از برنامه Medicare ما خارج می‌شوید.</p> <p>برنامه Medi-Cal شما تغییر خواهد کرد تا با برنامه Medi-Medi Plan شما مطابقت داشته باشد.</p> | <p><b>1. شما می‌توانید تغییر دهید به:</b></p> <p><b>طرح Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan)</b> یک نوع طرح Medicare Advantage Plan می‌باشد. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح با هم ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات هر دو برنامه را هماهنگ می‌کنند، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، یا در صورت واجد شرایط بودن، خدمات یک برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).</p> <p><b>توجه:</b> اصطلاح Medi-Medi Plan نامی است که در کالیفرنیا برای طرح‌های یکپارچه نیازهای ویژه برای افراد واجد شرایط دوگانه (D-SNP) به کار می‌رود.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>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.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>یا</b></p> <p>در یک طرح دارویی جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare شما شروع می شود، به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می شود.</p> <p>شما در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند، مگر اینکه طرح دیگری انتخاب کنید.</p> | <p><b>2. شما می توانید تغییر دهید به:</b></p> <p><b>Original Medicare</b> به همراه یک طرح دارویی<br/> <b>Medicare</b> و یک طرح <b>Medi-Cal</b> جداگانه</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>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.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare شما شروع می‌شود، به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p> <p>شما در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند، مگر اینکه طرح دیگری انتخاب کنید.</p> | <p><b>3. شما می‌توانید تغییر دهید به:</b></p> <p><b>Original Medicare بدون برنامه دارویی Medicare جداگانه، اگر دلیل معتبری برای لغو عضویت داشته باشید.</b></p> <p><b>توجه:</b> اگر به Original Medicare تغییر دهید و در برنامه دارویی Medicare جداگانه عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک برنامه دارویی عضو کند، مگر آنکه شما به Medicare بگویید که نمی‌خواهید عضو شوید.</p> <p>شما تنها زمانی باید پوشش دارویی را حذف کنید که از منبع دیگری مثل کارفرما یا اتحادیه پوشش دارویی دارید. اگر درباره اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر سوالی دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>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.</p> <p>برای سئوالات مربوط به برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>یا</b></p> <p>در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح بیمه جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از برنامه Medicare ما خارج می‌شوید.</p> <p>طرح بیمه Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p> | <p><b>4. شما می‌توانید تغییر دهید به:</b></p> <p>تمام برنامه‌های درمانی Medicare در طول زمان‌های خاصی از سال از جمله دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش A توضیح داده شده است.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## C2. خدمات Medi-Cal شما

برای پرسش‌های مربوط به نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از پایان عضویت در طرح ما، با «گزینه‌های مراقبت درمانی» (Health Care Options) به شماره 1-844-580-7272، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 6 p.m. تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. یا به [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en) مراجعه کنید. سوال کنید که چطور پیوستن به یک برنامه درمانی یا برگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر دارد.

## D. خدمات، اقامت و داروهای پزشکی شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما پایان یابد

اگر طرح ما را ترک کنید، ممکن است قدری طول بکشد تا عضویت شما خاتمه پیدا کرده و پوشش Medicare و Medi-Cal جدید شما شروع شود. در طول این مدت، داروها و مراقبت‌های درمانی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که برنامه جدید شما شروع شود.



- از ارائه دهندگان شبکه ما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی استفاده کنید.
- از داروخانه‌های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه تحویل در منزل ما برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan پایان می‌یابد در بیمارستان بستری باشید، طرح ما هزینه بستری شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص شما پوشش خواهد داد. این موضوع حتی اگر پوشش جدید خدمات درمانی شما پیش از ترخیص‌تان آغاز شود نیز صدق می‌کند.

## E. سایر موقعیت‌هایی که در آن، عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

در این موارد ما باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر در پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B شما وقفه ایجاد شود.
- اگر دیگر برای دریافت Medi-Cal واجد شرایط نباشید. برنامه ما برای اشخاصی می‌باشد که در Medicare و Medi-Cal عضویت دارند. توجه: اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نیستید، می‌توانید به طور موقت با مزایای Medicare در طرح بیمه ما ادامه دهید، لطفاً اطلاعات زیر را در مورد دوره انتظار مشاهده کنید.
- ذی‌نفعان Medicare که در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ثبت‌نام می‌کنند، باید واجد شرایط Medicare هر دو بخش A و B و Medi-Cal (Medicaid) باشند. اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal (Medicaid) نیستید، ما شما را در خصوص از دست دادن وضعیت Medi-Cal (Medicaid) مطلع خواهیم کرد و تا زمانی که بتوانید مجدداً برای Medi-Cal (Medicaid) واجد شرایط شوید به مدت 6 ماه پس از اطلاع درباره از دست دادن وضعیت نیازهای ویژه، به پوشش مزایای Medicare شما ادامه خواهیم داد. ممکن است در طی 6 ماهی که هنوز در برنامه هستید، اما هیچ پوشش Medi-Cal ندارید، شاهد افزایش هزینه‌های پرداختی از جیب (بیمه مشترک، سهم ثابت بیمه شده، حق بیمه، یا فرانشیز) باشید.
- ما این فرصت را تا امکان تغییر به یکی از برنامه‌های غیر HMO D-SNP خود، گسترش می‌دهیم. طرح غیر HMO D-SNP به ذی‌نفعانی ارائه می‌شود که هم حق استفاده از Medicare بخش A و هم حق برخورداری از Medicare بخش B را دارند، اما مزایای Medi-Cal (Medicaid) را ندارند. Medicare امکان یک دوره ثبت نام ویژه (SEP) را به ذی‌نفعان Medicare که دیگر واجد شرایط Medi-Cal (Medicaid) نیستند، می‌دهد.
- اگر ظرف 6 ماه پس از اطلاع‌رسانی درباره از دست دادن وضعیت نیازهای ویژه، مجدداً واجد شرایط Medi-Cal (Medicaid) نشوید یا فرصت انتقال به یک طرح D-SNP غیر HMO را نپذیرید، عضویت شما در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به‌صورت اجباری پایان خواهد یافت.
- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید.
- اگر بیش از شش ماه از منطقه خدماتی ما دور باشید.
- اگر نقل مکان کنید یا به مسافرت طولانی بروید، با خدمات اعضا تماس گرفته تا مطمئن شوید محلی که به آن نقل مکان یا مسافرت می‌کنید در منطقه خدماتی طرح بیمه ما باشد.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- اگر به خاطر جرمی به زندان بروید.
  - اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروها دارید، دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
  - اگر شهروند یا تبعه ایالات متحده یا غیرشهروند واجد شرایط، نباشید.
    - شما برای عضویت در طرح ما، باید شهروند یا تبعه ایالات متحده یا یک غیرشهروند واجد شرایط، باشید.
    - مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) در صورتی که بر این اساس واجد شرایط ادامه عضویت نباشید، ما را مطلع خواهند کرد.
    - اگر این شرایط را نداشته باشید، باید عضویت شما را لغو کنیم.
- اگر واجد شرایط بودن برای Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار بروود ظرف 6 ماه دوباره واجد شرایط دریافت آن شوید، ما همچنان تمام مزایای Medicare را که تحت پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هستید، ارائه خواهیم کرد. هنگامی که پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نمی‌کنیم. این همچنین به آن معنی است که هزینه‌های پرداختی از جیب شما، مانند سهم ثابت بیمه‌شده، حق بیمه‌ها و فرانشیزها، در ماه‌هایی که پوشش Medi-Cal را از دست داده‌اید، بیشتر خواهند بود. برای کسب اطلاعات بیشتر و دریافت کمک در زمینه تمدید واجد شرایط بودن برای Medi-Cal، با تیم حفظ اعضای دوگانه Blue Shield به شماره (TTY: 711) 378-4181 (844)، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m.، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.
- ما به شما کمک خواهیم کرد تا واجد شرایط بودن برای Medi-Cal و مزایای Medi-Cal خود را دوباره به دست بیاورید. اگر در حالی که هنوز برای پوشش Medicare خود نزد ما ثبت‌نام هستید، واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal دوباره برقرار شود، ما پرداخت هزینه مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما نزد ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید Medi-Cal را ظرف 6 ماه دوباره به دست بیاورید، ما ثبت‌نام شما را در طرح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan لغو خواهیم کرد. اگر پس از لغو ثبت‌نام دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، برای ثبت‌نام مجدد در طرح باید با ما تماس بگیرید.
- ما تنها زمانی می‌توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که طرح بیمه ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medicare و Medi-Cal را داشته باشیم.
- اگر در هنگام ثبت نام در طرح بیمه ما، عمدتاً به ما اطلاعات اشتباه بدهید و آن اطلاعات روی واجد شرایط بودن شما برای طرح بیمه ما تأثیر داشته باشد.
  - اگر مرتب به نحوی رفتار کنید که مخرب بوده و باعث اختلال شوید و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای طرح بیمه ما را با مشکلاتی مواجه کنید.
  - اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسایی عضویت شما استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## F. قوانین منع درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامت

ما نمی‌توانیم شما را به هر دلیلی مرتبط با وضعیت سلامتی‌تان مجبور به ترک طرح کنیم. اگر فکر می‌کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما خواسته‌ایم که طرح خود را ترک کنید، با **Medicare** با شماره (1-800-633-4227) یا 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

## G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در طرح بیمه خود خاتمه دادیم، شکایت کنید

اگر به عضویت شما در برنامه خود خاتمه دادیم، باید دلایل خود را به طور کتبی برای خاتمه عضویت به شما بگوییم. همچنین بایستی توضیح دهیم که چرا می‌توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما شکایت تنظیم کرده یا نارضایتی تسلیم کنید. همچنین می‌توانید به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا** برای اطلاعات مربوط به نحوه ثبت شکایت مراجعه کنید.

## H. چگونه می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در طرح بیمه دریافت کنید

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت خود داشته باشید، می‌توانید با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

## فصل 11: اعلامیه‌های قانونی

### مقدمه

این فصل شامل اخطارهای قانونی است که برای عضویت شما در طرح ما اعمال می‌شود. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

### فهرست مطالب

|    |                                                                                          |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. | اعلامیه درباره قوانین                                                                    | 277 |
| B. | اعلامیه فدرال درباره منع تبعیض                                                           | 277 |
| C. | اعلامیه عدم تبعیض برای Medi-Cal                                                          | 278 |
| D. | اعلامیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کننده نهایی | 279 |
| E. | اعلامیه در خصوص وصول مطالبات Medi-Cal از ماترک                                           | 279 |
| F. | مدیریت دفترچه اطلاعاتی اعضا                                                              | 280 |
| G. | همکاری اعضا                                                                              | 280 |
| H. | انتصاب و واگذاری                                                                         | 280 |
| I. | مسئولیت کارفرما                                                                          | 280 |
| J. | مسئولیت سازمان دولتی                                                                     | 280 |
| K. | اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده                                                      | 280 |
| L. | اعاده پرداخت اضافی                                                                       | 280 |
| M. | زمانی که شخص ثالث باعث جراحات شما شود                                                    | 280 |
| N. | اطلاعیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت                                             | 281 |
| O. | گزارش تقلب، اتلاف منابع و سوء استفاده                                                    | 282 |



## A. اعلامیه درباره قوانین

قوانین بسیاری به این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند، حتی اگر در این دفترچه اطلاعاتی/اعضا ذکر یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند شامل قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal می‌باشند. قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مربوط می‌شوند.

## B. اعلامیه فدرال درباره منع تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، سابقه درخواست‌های درمانی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک بیمه‌پذیری یا موقعیت جغرافیایی در منطقه ارائه خدمات، تبعیض قائل نمی‌شویم. تمام سازمان‌هایی که طرح‌های Medicare Advantage Plan را ارائه می‌دهند، مانند طرح ما، باید از قوانین فدرال در مورد منع تبعیض پیروی کنند. این قوانین شامل بخش VI از «قانون حقوق مدنی مصوب سال 1964»، «قانون توانبخشی سال 1973»، «قانون منع تبعیض سنی سال 1975»، «قانون آمریکایی‌های دارای ناتوانی»، بخش 1557 از «قانون مراقبت مقرون به صرفه»، تمامی قوانین دیگری که در مورد سازمان‌های دریافت‌کننده بودجه فدرال اعمال می‌شوند و هر قانون یا مقررات دیگری که به هر دلیل دیگر لازم‌الاجرا باشد، می‌گردند.

اگر اطلاعات بیشتری نیاز دارید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید:

- با اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) بازدید کنید.

- با اداره خدمات درمانی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرند. اگر معتقدید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی را در رابطه با تبعیض ثبت کنید، از طریق روش‌های زیر تماس بگیرید:

- به آدرس زیر ایمیل ارسال کنید: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

- فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

- فرم‌های شکایت در این آدرس موجود است: [dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن، مکاتبه یا به صورت الکترونیک، به دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا نیز تسلیم نمایید:

- توسط تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنیداری دارید، لطفاً با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

- فرم‌های شکایت در [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) موجود است

- به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) ایمیل ارسال کنید

- اگر معلولیت دارید و برای دسترسی به خدمات مراقبت درمانی یا ارائه‌کننده به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، از قبیل مشکل دسترسی با صندلی چرخدار، خدمات مشتریان می‌تواند به شما کمک کند.

## C. اعلامیه عدم تبعیض برای Medi-Cal

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، سابقه درخواست‌های درمانی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک بیمه‌پذیری یا موقعیت جغرافیایی در منطقه ارائه خدمات، هیچ‌گونه تبعیضی قائل نمی‌شویم و با شما رفتار متفاوتی نخواهیم داشت. علاوه بر این، ما بر اساس اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، به طور غیرقانونی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شویم، آنها را طرد نمی‌کنیم، یا با آنها متفاوت رفتار نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری نیاز دارید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید:

- با اداره خدمات درمانی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرند. اگر معتقدید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی را در رابطه با تبعیض ثبت کنید، از طریق روش‌های زیر تماس بگیرید:

- به آدرس زیر ایمیل ارسال کنید: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

- فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

- فرم‌های شکایت در این آدرس موجود است: [dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن، مکاتبه یا به صورت الکترونیک، به دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا نیز تسلیم نمایید:

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

○ توسط تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنیداری دارید، لطفاً با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.

○ از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

فرم‌های شکایت در [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) موجود است.

○ به صورت الکترونیک: به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) ایمیل ارسال کنید.

اگر معلولیت دارید و برای دسترسی به خدمات مراقبت درمانی یا ارائه‌کننده به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، از قبیل مشکل دسترسی با صندلی چرخدار، خدمات مشتریان می‌تواند به شما کمک کند.

## D. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت‌کننده نهایی

گاهی اوقات شخص دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم را، پرداخت کند. برای مثال، اگر دچار تصادف رانندگی شوید یا در محل کار آسیب ببینید، شرکت بیمه یا «طرح جبران خسارت کارکنان» در ابتدا باید هزینه را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت دریافت هزینه خدمات تحت پوشش Medicare که Medicare پرداخت‌کننده اصلی آن‌ها نیست را، داریم.

ما از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی به اعضا پیروی می‌کنیم. ما همه اقدامات منطقی برای اطمینان از اینکه برنامه Medi-Cal آخرین گزینه پرداخت‌کننده باشد را، به کار می‌گیریم.

اعضای Medi-Cal در صورتی که یک خدمت یکسان تحت پوشش بیمه درمانی آنها موجود باشد، پیش از استفاده از Medi-Cal، باید از تمام پوشش‌های درمانی دیگر (Other Health Coverage, OHC) خود استفاده کنند، زیرا Medi-Cal آخرین منبع پرداخت است. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal به عنوان پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به سایر پوشش‌های درمانی Medicare، عمل می‌کند و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط طرح ما یا سایر پوشش‌های OHC را تا سقف تعرفه Medi-Cal پرداخت خواهند کرد.

## E. اعلامیه در خصوص وصول مطالبات از ماترک

برنامه Medi-Cal باید پیگیر بازپرداخت هزینه مزایای Medi-Cal که در روز تولد 55 سالگی یا پس از آن دریافت شده است، از دارایی‌های تحت انحصار وراثت اعضای متوفی خاص باشد. بازپرداخت شامل پرداخت‌های هزینه‌بابت-خدمات و حق بیمه‌ها/پرداخت‌های سرانه مراقبت‌های درمانی برای خدمات مراکز پرستاری، خدمات خانگی و اجتماعی، و خدمات مربوط به بیمارستان و داروهای نسخه دار دریافت شده در زمانی که عضو در مرکز پرستاری بستری بوده یا در حال دریافت خدمات خانگی و اجتماعی بوده است، می‌باشد. بازپرداخت نمی‌تواند بیش از ارزش دارایی‌های تحت انحصار وراثت عضو باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت وزارت خدمات مراقبت درمانی بخش وصول مطالبات از ماترک در آدرس [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) مراجعه کنید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



## F. مدیریت دفترچه اطلاعاتی اعضا

ما ممکن است خط‌مشی‌ها، رویه‌ها و تفاسیر معقولی را برای ترویج مدیریت منظم و کارآمد این دفترچه اطلاعاتی/اعضا اتخاذ کنیم.

## G. همکاری اعضا

شما باید هرگونه درخواست، فرم، اظهاریه، تریویس، مجوزها، وثیقه و هر سند دیگری را که ما در روند عادی تجاری یا همانطور که در این دفترچه اطلاعاتی/اعضا درخواست می‌کنیم، تکمیل کنید.

## H. انتصاب و واگذاری

شما نمی‌توانید این دفترچه اطلاعاتی/اعضا یا هیچ یک از حقوق، منافع، مطالبات بابت وجوه قابل‌پرداخت، مزایا یا تعهدات مندرج در این قسمت را بدون رضایت کتبی قبلی ما، واگذار کنید.

## I. مسئولیت کارفرما

برای هرگونه خدماتی که قانون کارفرما را ملزم به ارائه آن می‌کند، ما مبلغی به کارفرما پرداخت خواهیم کرد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش می‌دهیم ممکن است ارزش خدمات را از کارفرما بازبایی کنیم.

## J. مسئولیت سازمان دولتی

برای هرگونه خدماتی که قانون الزام می‌کند فقط توسط یک سازمان دولتی ارائه شود یا فقط از آن دریافت شود، ما مبلغی به سازمان دولتی پرداخت خواهیم کرد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش دهیم ممکن است ارزش خدمات را از سازمان دولتی بازبایی کنیم.

## K. اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده

برای هرگونه خدمات برای شرایطی که قانون اداره نظامیان بازنشسته موظف به ارائه می‌کند، ما مبلغی به اداره نظامیان بازنشسته پرداخت خواهیم کرد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش دهیم ممکن است ارزش خدمات را از آن اداره دریافت کنیم.

## L. اعاده پرداخت اضافی

ما ممکن است هرگونه پرداخت اضافی را که برای خدمات انجام می‌پردازیم، از هر کسی که چنین پرداخت اضافی را دریافت می‌کند یا از هر شخص یا سازمانی که موظف به پرداخت برای خدمات باشد، بازبایی کنیم.

## M. زمانی که شخص ثالث باعث جراحات شما شود

اگر به دلیل اقدام یا غفلت شخص دیگری («شخص ثالث») مجروح شوید یا بیمار شوید، Blue Shield باید با توجه به خدمات مورد نیاز در نتیجه آن آسیب دیدگی، مزایای طرح را ارائه دهد و از حق عادلانه بازپرداخت، بازپرداخت یا سایر راه‌حل‌های موجود برای بازبایی مبالغ پرداختی Blue Shield برای خدمات ارائه شده به شما از هر روش بازبایی (تعریف شده در زیر) که توسط شما

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



یا از طرف شما، از شخص ثالث یا از طرف شخص ثالث مسئول آسیب یا بیماری یا از پوشش رانندگان بدون بیمه/بیمه ناکافی، برخوردار باشد.

این حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل‌های موجود در برابر هر گونه بهبودی که در نتیجه آسیب یا بیماری دریافت می‌کنید، شامل هر مبلغی است که به حکم دادگاه، رای داور، تسویه حساب یا هر ترتیب دیگر، از هر شخص ثالثی، بیمه‌گر شخص یا شخص ثالث، یا از پوشش رانندگان بدون بیمه یا تحت بیمه، مربوط به بیماری یا آسیب («بازیابی»)، بدون توجه به اینکه شما به «بازیابی کامل» رسیده باشید یا خیر، اعطا یا دریافت شده باشد. حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل‌های موجود مرتبط به آن بخش از کل بازیابی است که برای مزایای پرداخت شده در رابطه با چنین آسیب یا بیماری، محاسبه شده مطابق با «بخش 3040 قانون مدنی کالیفرنیا»، تعلق می‌گیرد.

شما ملزم به رعایت در موارد زیر هستید:

1. هرگونه مطالبه موجود یا احتمالی یا اقدام قانونی علیه شخص ثالث را که ناشی از اعمال یا ترک فعل‌های ادعا شده منجر به آسیب یا بیماری است، به‌صورت کتبی به Blue Shield اطلاع دهید. اگر یک مطالبه یا اقدام قانونی قبلاً ثبت شده باشد، باید حداکثر ظرف مدت 30 روز از تاریخ ثبت، اطلاع‌رسانی کنید.

2. موافقت خود را با همکاری کامل و تکمیل و امضای هرگونه فرم یا سندی که برای اعمال این حق جبران خسارت، بازپرداخت یا سایر راحل‌های موجود لازم است، اعلام کنید؛ و،

3. به صورت کتبی موافقت کنید که در صورت دریافت غرامت از طرف یا به نمایندگی از شخص ثالث یا بیمه‌گر شخص ثالث، یا از پوشش بیمه رانندگان فاقد بیمه یا با بیمه ناکافی، مزایای پرداخت شده توسط Blue Shield را به Blue Shield بازپرداخت کنید؛ و،

4. یک وثیقه محاسبه شده مطابق با «بخش 3040 قانون مدنی کالیفرنیا» ارائه کنید. حق وثیقه ممکن است نزد شخص ثالث، نماینده یا وکیل شخص ثالث یا دادگاه تسلیم شود، مگر اینکه قانون دیگری منع کرده باشد. و

5. به‌طور دوره‌ای به درخواست‌های اطلاعاتی مربوط به ادعای مطرح‌شده علیه شخص ثالث پاسخ دهید و ظرف مدت ده (10) روز پس از دریافت هرگونه مبالغ بازیابی شده، مراتب را به‌صورت کتبی به Blue Shield اطلاع دهید.

شما موفق به رعایت مورد 1 نشدید. موارد ذکر شده در بند 5 (و موارد پیش از آن)، به هیچ وجه به منزله چشم‌پوشی، سلب یا واگذاری حقوق Blue Shield نیست.

## N. اطلاعیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت

Blue Shield در ("HIE") Manifest MedEx Health Information Exchange شرکت می‌کند و اطلاعات سلامت اعضای خود را برای دسترسی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی مجاز در دسترس Manifest MedEx قرار می‌دهد. Manifest MedEx یک سازمان مستقل و غیرانتفاعی است که یک پایگاه داده سراسری از سوابق الکترونیکی بیماران را نگهداری می‌کند که شامل اطلاعات سلامت ارائه شده توسط پزشکان، مراکز مراقبت درمانی، برنامه‌های خدمات مراقبت‌های درمانی و شرکت‌های بیمه درمانی است. ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی مجاز (از جمله پزشکان، پرستاران و بیمارستان‌ها) ممکن است به طور ایمن به اطلاعات سلامت بیماران خود از طریق Manifest MedEx HIE برای حمایت از ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا دسترسی داشته باشند.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**Manifest MedEx** به حق اعضا برای حفظ حریم خصوصی احترام می‌گذارد و از قوانین مربوط به حریم خصوصی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. **Manifest MedEx** از سیستم‌های امنیتی پیشرفته و تکنیک‌های مدرن رمزگذاری داده‌ها برای محافظت از حریم خصوصی اعضا و امنیت اطلاعات شخصی آنها استفاده می‌کند.

هر عضو **Blue Shield** حق دارد به **Manifest MedEx** دستور دهد که اطلاعات سلامت خود را با ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی خود به اشتراک نگذارد. اگرچه انصراف از **Manifest MedEx** ممکن است توانایی ارائه دهنده مراقبت‌های درمانی شما را برای دسترسی سریع به اطلاعات مراقبت‌های درمانی مهم در مورد شما محدود کند، بیمه درمانی یا پوشش مزایای طرح درمانی یک عضو تحت تأثیر انتخاب انصراف از **Manifest MedEx** قرار نخواهد گرفت. هیچ پزشک یا بیمارستانی که در **Manifest MedEx** مشارکت دارد، از ارایه مراقبت پزشکی به بیماری که تصمیم می‌گیرد در **Manifest MedEx HIE** شرکت نکند، خودداری خواهد کرد.

اعضایی که مایل نیستند اطلاعات مراقبت‌های سلامت آنها در **Manifest MedEx** نمایش داده شود، باید فرم آنلاین را در <https://www.manifestmedex.org/opt-out> تکمیل کنند یا از ساعت 7:00 a.m. تا 7:00 p.m. به شماره 1-888-510-7142 به وقت پاسیفیک (PST)، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرند. TTY: 711 شماره مخصوص افراد دارای اختلال شنوایی است.

## O. گزارش تقلب، اتلاف منابع و سوء استفاده

**تقلب، اتلاف منابع و سوء استفاده (FWA) چیست؟**

- **تقلب**، ارایه نادرست و عمدی است که ممکن است منجر به هزینه‌های غیرمجاز برای یک برنامه مراقبت‌های درمانی شود.
- **اتلاف منابع**، استفاده نامناسب از بودجه یا منابع مراقبت‌های درمانی بدون نیاز موجه به انجام آن است.
- **سوءاستفاده**، عملی است که با رویه‌های صحیح پزشکی یا تجاری ناسازگار است که ممکن است به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم منجر به هزینه‌های غیرضروری برای یک برنامه مراقبت‌های درمانی شود.

**از خود و مزایای خود محافظت کنید**

- هرگز شماره‌های تامین اجتماعی، **Medicare** یا طرح درمانی یا اطلاعات بانکی خود را به کسی که نمی‌شناسید ندهید.
- بدون دستور پزشک، با انجام هیچ آزمایشی موافقت نکنید.
- پذیرش هر چیز ارزشمندی در ازای خدمات پزشکی غیرقانونی است.

**از تقلب در آزمایش‌های ژنتیک آگاه باشید**

کلاهبرداران برای انجام تقلب در آزمایش‌های ژنتیک به اعضای ناآگاه در مراکز سلامت محلی، مراکز اقامت سالمندان، مراکز اجتماعی، آژانس‌های سلامت خانگی و سایر مکان‌های قابل اعتماد نزدیک می‌شوند. آنها به دروغ قول می‌دهند که **Medicare** هزینه آزمایش را پرداخت می‌کند و شما فقط باید یک سواب نمونه برداری دهانی، شناسه خود و اطلاعات **Medicare** را برای دریافت نتایج آزمایش خود ارائه دهید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan** به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



متأسفانه، حالا این کلاهبرداران طرح سلامتی یا شماره Medicare شما را دارند و می‌توانند هزاران دلار برای آزمایش‌ها یا حتی خدماتی که هرگز دریافت نمی‌کنید، به Medicare صورتحساب ارایه کنند. آنها همچنین اطلاعات ژنتیکی شخصی شما را خواهند داشت.

برای گزارش مشکوک به تقلب، ائتلاف منابع و سوء استفاده، لطفاً با:

• خط ویژه گزارش تقلب Medicare متعلق به Blue Shield of California: با شماره (TTY: 711) 1-855-331-4894 یا از طریق ایمیل به آدرس: [MedicareStopFraud@blueshieldca.com](mailto:MedicareStopFraud@blueshieldca.com).

• در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید، (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند).



## فصل 12: تعریف واژه‌های مهم

### مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی استفاده‌شده در سراسر این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا همراه با تعاریف آن‌ها است. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر اصطلاح مورد نظر خود را پیدا نکردید یا اگر به اطلاعات بیشتری نسبت به تعریف نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

**D-SNP یکپارچه:** یک طرح نیازهای ویژه برای افراد واجد شرایط دوگانه است، که برای گروه‌های خاصی از افراد واجد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medicaid، خدمات Medicare و بیشتر یا همه خدمات Medicaid را تحت یک طرح درمانی واحد یا چند طرح درمانی وابسته پوشش می‌دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل، شناخته می‌شوند.

**Medicaid (یا Medical Assistance):** برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و این ایالت اداره می‌شود و به افراد دارای درآمد و منابع مالی محدود کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت و هزینه‌های پزشکی خود را بپردازند. Medi-Cal نام برنامه Medicaid در ایالت کالیفرنیا می‌باشد.

**Medi-Cal:** نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط ایالت ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال پرداخت می‌شود.

- این برنامه به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلند مدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند.

- این برنامه خدمات و برخی داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را، پوشش می‌دهد.

- برنامه‌های Medicaid از یک ایالت به ایالت دیگر متفاوت است، اما اگر واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های درمانی پوشش داده می‌شود.

**Medicare Advantage:** یک برنامه Medicare، که با عنوان «Medicare بخش C» یا «MA» نیز شناخته می‌شود، و طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها برای پوشش مزایای Medicare شما هزینه می‌پردازد.

**Medicare بخش A:** برنامه Medicare که بیشتر نیازهای بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر که از نظر پزشکی ضروری هستند را، پوشش می‌دهد.

**Medicare بخش B:** برنامه Medicare که خدمات (از قبیل تست‌های آزمایشگاهی، جراحی‌ها و ویزیت‌های پزشک) و لوازمی (از قبیل صندلی چرخدار و واکر) را که برای مداوای بیماری یا یک عارضه، ضرورت پزشکی دارند، تحت پوشش قرار می‌دهد. Medicare بخش B بسیاری از خدمات پیشگیری کننده و معاینات تشخیصی را نیز پوشش می‌دهد.

**Medicare بخش C:** برنامه Medicare، که به عنوان «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود، به شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق طرح درمانی MA ارائه کنند.

**Medicare بخش D:** برنامه مزایای دارویی Medicare. ما این برنامه را به طور مختصر «بخش D» می‌خوانیم. Medicare بخش D داروهای بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medicaid نیستند را، پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

**Medicare:** برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص با سن 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص و اشخاصی که بیماری کلیوی مرحله نهایی (نارسایی دائم کلیه نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه) دارند. افراد عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به «طرح بیمه درمانی» مراجعه کنید).

**Original Medicare (طرح Medicare سنتی یا Medicare هزینه-بابت-خدمات):** دولت، Original Medicare را ارائه می‌دهد. تحت Original Medicare خدمات Medicare توسط پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبتی به میزانی که توسط کنگره وضع شده، تحت پوشش قرار می‌گیرند.



- شما می‌توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می‌کند، بروید. Original Medicare شامل دو بخش می‌باشد: Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی).
  - Original Medicare در هر کجای ایالات متحده در دسترس می‌باشد.
  - اگر نمی‌خواهید که در طرح بیمه ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.
- ابزار مزایای لحظه‌ای:** درگاه یا برنامه رایانه‌ای که اعضای ثبت‌نام‌شده می‌توانند در آن اطلاعات کامل، دقیق، به‌روز، مناسب از نظر بالینی و مختص خود درباره داروهای تحت پوشش و مزایا را جستجو کنند. این شامل مبالغ سهم هزینه، داروهای جایگزینی که ممکن است برای همان عارضه‌ای که داروی مورد نظر برای آن استفاده می‌شود به کار روند، و محدودیت‌های پوشش (اجازه قبلی، درمان گام به گام، سقف مقدار) است که در مورد داروهای جایگزین اعمال می‌شوند.
- اجازه قبلی (Prior authorization, PA):** تأییدیه‌ای که شما باید پیش از دریافت یک خدمات یا داروی خاص یا مراجعه به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه از ما دریافت کنید. برنامه ما ممکن است خدمات یا دارو را در صورت عدم دریافت اجازه پوشش ندهد. برخی خدمات پزشکی شبکه تنها زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه‌کننده شبکه دیگری اجازه قبلی (PA) را از طرح بیمه ما دریافت کند.
- خدمات تحت پوششی که به اجازه قبلی (PA) طرح ما نیاز دارند، در **فصل 4** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مشخص شده‌اند. طرح ما فقط در صورتی برخی از داروها را پوشش می‌دهد که از ما PA بگیرد.
  - داروهای تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در فهرست داروهای تحت پوشش علامت زده شده‌اند و مقررات مربوط به آنها در وب سایت ما ارائه شده است.
- اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS):** اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (Medi-Cal خوانده می‌شود).
- ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (Primary care provider, PCP):** پزشک یا یک ارائه‌کننده دیگر که برای بیشتر مشکلات سلامت ابتدا به او مراجعه می‌کنید. ایشان اطمینان حاصل می‌کنند که شما مراقبت لازم برای حفظ سلامتی خود را دریافت کنید.
- وی ممکن است با پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی، در مورد مراقبت از شما مشورت کند یا شما را به آنها ارجاع کند.
  - در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود بروید.
  - برای دریافت اطلاعات درباره دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی، به **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- ارائه‌کنندگان:** ارائه‌کنندگان شامل پزشک، پرستار و سایر اشخاصی می‌شوند که مراقبت و خدمات به شما ارائه کرده و از سوی دولت ایالتی نیز مجوز دارند. ارائه‌کنندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، آژانس‌های سلامت در خانه، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی می‌شود که خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و بعضی LTSS را در اختیار شما قرار می‌دهند.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



**ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز درمانی خارج از شبکه:** ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی که در استخدام، مالکیت یا اداره طرح ما نیست و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما نیز با طرح ما قرارداد ندارد. **فصل 3** این دفترچه/اطلاعاتی/اعضا ارائه‌کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

**ارائه‌کننده درون شبکه:** ارائه‌کنندگانی هستند که با طرح بیمه ما همکاری دارند. این ارائه‌کنندگان موافقت می‌کنند که پرداخت هزینه از سوی ما را به عنوان پرداخت کامل هزینه، قبول کنند. ما با این ارائه‌کنندگان هماهنگ کرده‌ایم تا خدمات تحت پوشش را به شما ارائه دهند. شبکه ارائه‌کنندگان برای مراقبتی که به شما می‌دهند، مستقیماً برای ما صورتحساب ارسال می‌کنند. هنگامی که به یک ارائه‌کننده شبکه مراجعه می‌کنید، معمولاً هیچ مبلغی را برای خدمت تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید. «ارائه‌کننده» یک واژه عام است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این اصطلاح شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده سلامت در خانه، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی نیز می‌شود که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت را در اختیار شما قرار می‌دهند.

**ارجاع:** ارجاع، تأییدیه ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) شما یا تأییدیه ما برای مراجعه شما به ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP خودتان است. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از خدمات برخی متخصصان، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به ارجاع ندارید. اطلاعات بیشتر در مورد ارجاع را می‌توانید در **فصل 3 و 4** این دفترچه/اطلاعاتی/اعضا پیدا کنید.

**ارزیابی خطر سلامت (HRA):** بررسی تاریخچه پزشکی و بیماری کنونی شما. از این ارزیابی برای آشنایی با وضعیت سلامتی شما و اینکه سلامتی شما چگونه ممکن است در آینده تغییر کند، استفاده می‌شود.

**استثناء:** اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از آن دارو بدون مقررات و محدودیت‌های خاص.

**اطلاعات سلامت حفاظت‌شده (که اطلاعات سلامت شخصی نیز نامیده می‌شود) (PHI):** اطلاعاتی درباره شما و سلامتی شما، مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، ویزیت‌های پزشک، و سابقه پزشکی. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI، به «سیاست‌های حفظ اسرار» ما مراجعه کنید.

**آسایشگاه پایان عمر (Hospice):** برنامه‌ای از مراقبت و حمایت برای کمک به افرادی که پیش‌آگهی بیماری لاعلاج دارند تا با آسایش زندگی کنند. پیش‌آگهی بیماری لاعلاج به این معناست که از نظر پزشکی تأیید شده است که فرد به بیماری لاعلاج مبتلاست، یعنی امید به زندگی او شش ماه یا کمتر است.

○ عضوی که دارای پیش‌آگهی پایانی باشد، حق انتخاب آسایشگاه پایان عمر را دارد.

○ یک تیم آموزش دیده از متخصصان و مراقبین برای فرد از جمله نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی مراقبت می‌کنند. ما باید فهرستی از ارائه‌دهندگان آسایشگاه پایان عمر در منطقه جغرافیایی شما را به شما ارائه دهیم.

**آسایشگاه سالمندان یا مرکز پرستاری:** محلی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه خودشان، مراقبت دریافت کنند ولی الزامی نیز وجود ندارد که در بیمارستان باشند.

**آموزش شایستگی فرهنگی:** آموزشی که دستورالعمل‌های تکمیلی را برای ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی ما ارائه می‌دهد تا به آنها کمک کند پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما را بهتر درک کنند و خدمات را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما تطبیق دهند.



**بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR):** اگر ما درخواست شما برای خدمات یا درمان پزشکی را رد کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal، از جمله داروها و لوازم DME است، می‌توانید از سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا درخواست انجام بررسی IMR کنید. IMR، رسیدگی به پرونده شما توسط کارشناسانی می‌باشد که بخشی از طرح بیمه ما نیستند. اگر تصمیم مربوط به IMR به نفع شما باشد، باید خدمات یا مداوایی که درخواست کرده‌اید را به شما ارائه کنیم. شما هزینه‌ای را برای IMR پرداخت نمی‌کنید.

**برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (به اختصار Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP):** یک برنامه ساختاریافته تغییر در رفتار سلامت که آموزش تغییرات طولانی مدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی، و استراتژی‌هایی برای غلبه بر چالش‌های کاهش وزن و سبک زندگی سالم را ارائه می‌دهد.

**برنامه تحویل در خانه:** برخی طرح‌ها ممکن است برنامه تحویل در منزل ارائه دهند، که به شما امکان می‌دهد داروهای نسخه‌دار تحت پوشش خود را برای حداکثر سه ماه، مستقیماً در منزل دریافت کنید. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای دریافت نسخه‌هایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.

**برنامه کمک اضافی (Extra Help):** برنامه Medicare به اشخاصی که درآمد و منابع محدودی دارند، کمک می‌کند تا پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیزها و سهم ثابت بیمه‌شده را برایشان کاهش یابد. Extra Help «برنامه یارانه برای افراد کم درآمد» یا «LIS» نیز نامیده می‌شود.

**برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP):** برنامه‌ای که به افراد واجد شرایط که مبتلا به HIV/ایدز هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات‌بخش HIV دسترسی داشته باشند.

**برنامه مدیریت دارو (DMP):** برنامه‌ای که کمک می‌کند اطمینان حاصل شود اعضا به‌طور ایمن از داروهای مخدر نسخه‌ای و سایر داروهایی که اغلب مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند، استفاده می‌کنند.

**برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE):** برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را به‌طور همزمان برای افراد 55 ساله و بالاتر که برای زندگی در منزل به سطح بالاتری از مراقبت نیاز دارند، پوشش می‌دهد.

**برنامه مراقبتی شخصی‌شده (ICP یا طرح مراقبتی):** برنامه‌ای که مشخص می‌کند چه خدماتی دریافت خواهید کرد و چگونه آن‌ها را دریافت خواهید کرد. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، و خدمات و حمایت‌های طولانی مدت شود.

**برنامه مراقبتی:** به «برنامه مراقبتی شخصی‌شده» مراجعه کنید.

**برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP):** برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. فصل 2 این دفترچه اطلاعاتی اعضا نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

**برنامه نیازهای ویژه برای افراد واجد شرایط دوگانه (D-SNP):** طرح بیمه درمانی که به افرادی که واجد شرایط Medicare و Medicaid با هم هستند خدمات می‌دهد. طرح ما یک نوع D-SNP است.

**بیمار بستری:** اصطلاحی که زمانی به کار می‌رود که شما به‌طور رسمی برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی در بیمارستان بستری می‌شوید. اگر به طور رسمی پذیرش نشوید، هنوز ممکن است به عنوان یک بیمار سرپایی به جای بیماری بستری محسوب شوید، حتی اگر برای تمام شب در بیمارستان اقامت داشته باشید.



**بیوسیمیلار (مشابه زیستی):** یک داروی بیولوژیک که بسیار شبیه، اما نه کاملاً یکسان، با محصول بیولوژیک اصلی است. بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیک اصلی ایمن و مؤثر هستند. برخی بیوسیمیلارها ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین محصول بیولوژیک اصلی در داروخانه شوند. (به «بیوسیمیلار قابل تعویض» مراجعه کنید).

**بیوسیمیلار قابل تعویض:** داروی بیوسیمیلاری که می‌توان آن را در داروخانه بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین کرد، زیرا الزامات تکمیلی در زمینه امکان جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. جایگزینی خودکار در داروخانه منوط به قانون ایالتی است.

**پایان عضویت:** روال خاتمه دادن به عضویت شما در طرح بیمه ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (به انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

**پروتز و ارتز:** تجهیزات پزشکی که پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی برای شما تجویز می‌کنند و شامل موارد ذیل می‌شود، اما محدود به این موارد نیست: بریس‌های دست، کمر و گردن؛ اندام‌های مصنوعی؛ چشم‌های مصنوعی؛ و تجهیزات مورد نیاز برای جایگزینی یک عضو یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و تغذیه‌درمانی روده‌ای و وریدی است.

**تجهیزات پزشکی بادوام (DME):** اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. نمونه‌ای از این وسایل شامل اقلامی مانند ویلچر، عصای زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم بیماری دیابت، تخت‌های بیمارستانی که یک ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل سفارش می‌دهد، پمپ‌های تزریق وریدی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نبولایزر و واکر است.

**تشخیص سازمانی (تصمیم طرح در خصوص پوشش):** طرح ما زمانی یک «تشخیص سازمانی» اتخاذ می‌کند که ما یا یکی از ارائه‌دهندگان ما تصمیم بگیریم آیا خدمات تحت پوشش هستند یا اینکه شما برای خدمات تحت پوشش چه مبلغی باید بپردازید. تشخیص‌های سازمانی، «تصمیم پوششی» یا «تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش» خوانده می‌شوند. **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا تصمیمات مربوط به پوشش را توضیح می‌دهد.

**تصمیم پوششی (Coverage decision):** تصمیم در مورد اینکه چه مزایایی را تحت پوشش قرار می‌دهیم. این موضوع شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می‌شود که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد. **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا نحوه درخواست از ما برای اتخاذ تصمیم پوششی را توضیح می‌دهد.

**تیم مراقبتی:** به «تیم مراقبت میان رشته‌ای» مراجعه کنید.

**ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medi-Cal:** شخصی که واجد شرایط پوشش Medicare و Medicaid است. شخص ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medicaid، «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز خوانده می‌شود.

**خدمات پیشگیری از بیماری:** مراقبت درمانی برای پیشگیری از بیماری یا شناسایی بیماری در مراحل اولیه، زمانی که بالاترین احتمال موفقیت درمان وجود دارد (خدمات پیشگیری از بیماری برای مثال شامل آزمایش پاپ اسمیر، واکسن آنفولانزا و ماموگرافی غربالگری می‌شود).

**خدمات تحت پوشش Medicare:** خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B هستند. همه طرح‌های درمانی Medicare، از جمله طرح ما، باید تمام خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B را پوشش دهند.



**خدمات تحت پوشش:** عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، وسایل و سایر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما استفاده می‌کنیم.

**خدمات توانبخشی:** درمانی که برای کمک به بهبودی از بیماری، حادثه یا عمل جراحی بزرگ دریافت می‌کنید. این خدمات شامل مراقبت توانبخشی بیماران بستری، فیزیوتراپی (سرپایی)، گفتاردرمانی و زبان‌درمانی و کاردرمانی است. برای اطلاعات بیشتر درباره توانبخشی به **فصل 4** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

**خدمات حساس:** خدمات مربوط به سلامت روان یا سلامت رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STI)، اچ‌آی‌وی/ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت تأیید جنسیت، و خشونت شریک جنسی.

**خدمات حمایتی در خانه (In-Home Supportive Services, IHSS):** برنامه IHSS با پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما توسط ارائه دهندگان خدمات مراقبتی ثبت‌نامی، کمک می‌کند تا بتوانید در منزل خود ایمن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از خانه، از قبیل آسایشگاه یا مراکز اقامت و مراقبت، محسوب می‌شود. برای دریافت خدمات، یک ارزیابی انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده، نوع خدماتی که ممکن است برای او مجاز شناخته شود، تعیین گردد. نوع خدماتی که از طریق IHSS مجاز است شامل نظافت منزل، آماده کردن غذا، شستشوی لباس، خرید خواربار، خدمات مراقبت شخصی (مثل مراقبت ادرار و اجابت مزاج، پیرایش یا خدمات پیرایش‌شکی)، همراهی در قرارهای ویزیت پزشکی، و نظارت محافظت‌کننده برای معلولین ذهنی) است. آژانس‌های خدمات اجتماعی کانتی، IHSS را اداره می‌کنند.

**خدمات خارج از پوشش:** خدماتی که تحت پوشش این طرح بیمه نیستند.

**خدمات محلی برای بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS):** برنامه خدمات سرپایی مبتنی بر مرکز درمانی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایطی که معیارهای مربوط به واجد شرایط بودن را دارند، ارائه می‌کند.

**خدمات مشتریان:** بخشی در طرح بیمه ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، نارضایتی‌ها و تجدیدنظرها می‌باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مشتریان، به **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

**خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت (Long-term services and supports, LTSS):** خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت که به بهبود عارضه پزشکی طولانی‌مدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خودتان بمانید تا لازم نباشد که به خانه یا بیمارستان بروید. LTSS تحت پوشش برنامه ما شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)، همچنین به عنوان مراقبت سلامت روزانه برای بزرگسالان، مراکز پرستاری (NF) و پشتیبانی‌های اجتماعی شناخته می‌شود. برنامه‌های معافیت IHSS و 1915(c)، از نوع Medi-Cal LTSS هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

**دادرسی ایالتی:** اگر پزشک یا ارائه‌کننده دیگری برای شما درخواست یک خدمت Medi-Cal کند که ما آن را تأیید نکنیم، یا اگر پرداخت هزینه یک خدمت Medi-Cal را که در حال حاضر دریافت می‌کنید، ادامه ندهیم، می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.



**داروخانه خارج از شبکه:** داروخانه‌ای که توافقی برای همکاری با طرح ما جهت هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما ندارد. طرح ما بیشتر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

**داروخانه شبکه:** داروخانه‌ای که موافقت کرده نسخه‌های اعضای طرح بیمه درمانی ما را بپیچد. ما بدین خاطر به آنها «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم که موافقت کرده‌اند با طرح بیمه ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه‌هایی را پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما پیچیده شده باشند.

**داروخانه‌های تخصصی:** برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

**داروهای Medicare بخش D:** داروهایی که تحت پوشش Medicare بخش D هستند. کنگره به طور مشخص گروه‌های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

**داروهای بدون نسخه (OTC):** داروهای بدون نسخه، داروها یا دواهایی هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه از متخصص مراقبت‌های درمانی خریداری کند.

**بخش A:** به «Medicare بخش A» مراجعه کنید.

**بخش B:** به «Medicare بخش B» مراجعه کنید.

**بخش C:** به «Medicare بخش C» مراجعه کنید.

**بخش D:** به «Medicare بخش D» مراجعه کنید.

**داروهای بخش D:** به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

**داروهای تحت پوشش:** عبارتی که برای همه داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح بیمه خود استفاده می‌کنیم.

**داروی ژنریک:** دارویی که FDA آن را برای استفاده به جای یک داروی مارکدار تأیید کرده است. یک داروی ژنریک همان ترکیبات داروی مارکدار را دارد. داروی ژنریک معمولاً ارزان‌تر است و به اندازه داروی مارکدار اثربخشی دارد.

**داروی مارکدار (دارای نام تجاری):** دارویی که توسط همان شرکتی که در ابتدا آن را ساخته، تولید و فروخته می‌شود. داروهای مارکدار حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های داروسازی دیگر ساخته و فروخته می‌شوند و معمولاً تا زمانی که حق ثبت اختراع داروی مارکدار به پایان نرسیده باشد، در دسترس نیستند.

**درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (SSI):** مزایای ماهانه‌ای که سازمان تأمین اجتماعی به افراد دارای درآمد و منابع مالی محدود که معلولیت دارند یا نابینا هستند، یا 65 سال و بیشتر دارند، پرداخت می‌کند. مزایای SSI، با مزایای تأمین اجتماعی یکسان نیستند.

**درخواست تجدیدنظر:** روشی برای به چالش کشیدن اقدامات ما، در صورتی که فکر می‌کنید اشتباهی مرتکب شده‌ایم. شما می‌توانید با درخواست تجدیدنظر برای تغییر یک تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا روند تجدیدنظرها، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

**درمان گام به گام:** مقرراتی در زمینه پوشش که شما را ملزم می‌کند پیش از آنکه داروی درخواستی شما را پوشش دهیم، داروی دیگری را امتحان کنید.



**دفتر بازرسی (Ombudsperson):** دفتری در ایالت شما که به‌عنوان حامی و مدافع حقوق شما فعالیت می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید، آنها می‌توانند به سوال‌های شما پاسخ دهند و می‌توانند به شما کمک کنند بفهمید که چه کاری باید انجام دهید. خدمات بازرس رایگان است. می‌توانید اطلاعات بیشتر را در **فصل 2 و 9** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا ببابید.

**دفترچه اطلاعاتی/اعضا و اطلاعات مرتبط با افشای اطلاعات** این سند، به همراه فرم ثبت‌نام شما و هرگونه پیوست یا الحاقیه دیگری که پوشش بیمه شما، وظایف ما، حقوق شما و وظایف شما به‌عنوان عضو طرح ما را توضیح می‌دهد.

**ردیف سهم هزینه (Cost-sharing tier):** گروهی از داروها که سهم ثابت یکسانی دارند. هر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش (که به عنوان فهرست دارویی نیز شناخته می‌شود) در یکی از پنج ردیف سهم هزینه قرار می‌گیرد. به طور کلی، هر چقدر ردیف سهم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای آن دارو بیشتر است.

**ردیف‌های دارویی:** گروه‌های دارویی موجود در فهرست دارویی ما. داروهای ژنریک، با نام تجاری یا بدون نسخه (OTC)، نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف قرار دارد.

**سازمان بررسی مستقل (Independent review organization, IRO):** یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد که درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این نهاد با ما ارتباطی ندارد و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفته‌ایم، درست است، یا باید تغییر کند. Medicare بر کار آن نظارت می‌کند. نام رسمی این سازمان، «**نهاد بررسی مستقل**» یا «**Independent Review Entity**» است.

**سازمان بهبود کیفیت (Quality improvement organization, QIO):** گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می‌کنند. حقوق QIO را دولت فدرال پرداخت می‌کند تا مراقبت ارائه شده به بیماران را بررسی کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات در مورد QIO به **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

**سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ (DMHC):** سازمان دولتی در کالیفرنیا که مسئول کنترل و نظارت بر بیشتر طرح‌های بیمه است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظرها و شکایت‌های مربوط به خدمات Medi-Cal کمک می‌کند. DMHC، بررسی مستقل پزشکی (IMR) را نیز انجام می‌دهد.

**سقف مقدار:** محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ممکن است مقدار دارویی را که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم، محدود کنیم.

**سلامت رفتاری:** به سلامت عاطفی، روانی و اجتماعی ما اشاره می‌کند. به عبارت ساده‌تر: این موضوع به نحوه تفکر، احساس و تعامل ما با دیگران مربوط می‌شود. این یک عبارت جامع است که به خدمات سلامت روان و اختلالات مربوط به سوءمصرف مواد اشاره می‌کند.

**سهم ثابت بیمه‌شده (Copay):** یک مبلغ ثابت که به عنوان سهم هزینه‌های خود در هر نوبت که خدمات یا داروهای خاصی را دریافت می‌کنید، پرداخت خواهید کرد. برای مثال، ممکن است \$2 یا \$5 برای دریافت یک خدمات یا یک دارو بپردازید.

**سهم هزینه (Cost-sharing):** مبالغی که هنگام دریافت خدمات یا داروهای خاص باید پرداخت کنید. سهم هزینه شامل سهم‌های ثابت بیمه‌شده می‌شود.

**شکایت:** یک اظهارنامه کتبی یا شفاهی که توضیح می‌دهد شما در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود مشکل یا نگرانی دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت مراقبت، کیفیت خدمات ارائه‌کنندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. عبارت رسمی برای «طرح شکایت»، «ارائه نارضایتی» است.



**شورای تجدیدنظر Medicare (شورا):** شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

**صدور صورتحساب مابه‌تفاوت:** عملی که در آن ارائه‌دهنده، تفاوت بین کل مبلغ صورتحساب صادر شده توسط ارائه‌دهنده و مبلغ پرداخت شده توسط طرح بیمه درمانی بیمار را، صورتحساب کرده و از بیمار دریافت می‌کند.

**صدور صورتحساب نامناسب/نادرست:** موقعیتی که در آن یک ارائه‌کننده (از قبیل پزشک یا بیمارستان)، بابت ارائه خدمات، بیش از مبلغ سهم هزینه ما، صورتحساب برای شما صادر می‌کند. اگر صورتحسابی دریافت کردید که متوجه آن نمی‌شوید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

به عنوان عضو طرح، زمانی که خدمات تحت پوشش ما را دریافت می‌کنید، فقط مبالغ سهم هزینه طرح را پرداخت می‌کنید. ما به ارائه‌کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که بیشتر از این مقدار برای شما صورتحساب صادر کنند.

**ضرورت پزشکی:** این اصطلاح خدمات، لوازم یا داروهای را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی خود به آنها نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری جلوگیری می‌کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده پزشکی را برآورده می‌کنند.

**طرح Medi-Medi:** طرح Medi-Medi، یک نوع طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح با هم ترکیب می‌کند. برنامه‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کنند، از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal.

**طرح بیمه درمانی:** سازمانی می‌باشد که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلند مدت و سایر ارائه‌کنندگان تشکیل شده است. این سازمان همچنین، هماهنگ‌کننده‌های مراقبت را برای کمک در مدیریت همه ارائه‌کنندگان و خدمات شما دارد. همه این اشخاص برای ارائه مراقبت مورد نیاز شما مشارکت می‌کنند.

**طرح‌های بیمه Medi-Cal:** طرح‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت، تجهیزات پزشکی و خدمات حمل و نقل. مزایای Medicare جدا هستند.

**عضو (عضو طرح درمانی ما یا عضو طرح):** شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در طرح بیمه ما ثبت‌نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده باشد.

**فعالیت‌های زندگی روزانه (ADL):** کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می‌دهند، از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن یا مسواک زدن.

**فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی):** فهرستی از داروهای نسخه‌دار و داروهای بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای موجود در این فهرست را با همکاری پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست دارویی حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آنها پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی اوقات «مجموعه دارویی» خوانده می‌شود.

**قاضی حقوق اداری:** قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) قاضی‌ای است که به پرونده‌های مربوط به سازمان‌های دولتی رسیدگی کرده و درباره آن‌ها تصمیم‌گیری می‌کند. قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.



**کمکیار مراقبت‌های بهداشتی در منزل:** شخصی که خدماتی را فراهم می‌کند که به مهارت‌های یک پرستار یا کارور درمانی دارای مجوز نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام کردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های تجویز شده). کمکیار مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مجوز پرستاری نداشته و خدمات درمانی ارائه نمی‌کند.

**گروه مراقبت میان‌رشته‌ای (ICT یا گروه مراقبتی):** یک گروه مراقبتی که ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین سلامتی شود که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان آمادگی دارند. گروه مراقبتی شما نیز برای ایجاد برنامه مراقبت به شما کمک می‌کند.

**متخصص:** پزشکی که انواع خاصی از مشکلات مراقبت درمانی را مداوا می‌کند. برای مثال، جراح ارتوپد، شکستگی استخوان‌ها را مداوا می‌کند؛ متخصص آلرژی، حساسیت‌ها را درمان کرده و متخصص قلب مشکلات مربوط به قلب را مداوا می‌کند. در بیشتر موارد، عضو نیاز به ارجاع PCP خود برای مراجعه به یک متخصص دارد.

**محصولات بیولوژیکی اصلی:** محصولی بیولوژیک که به تأیید FDA رسیده است و به‌عنوان محصول مرجع برای تولیدکنندگانی که نسخه زیست‌مشابه (بیوسیمیلار) آن را تولید می‌کنند، استفاده می‌شود. به آن محصول مرجع نیز گفته می‌شود.

**محصولات بیولوژیکی:** دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری یا مخمر ساخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای دیگر هستند و نمی‌توانند دقیقاً کپی شوند، بنابراین فرم‌های جایگزین آن، بیوسیمیلار یا مشابه زیستی نامیده می‌شوند. («محصولات بیولوژیکی اصلی» و «بیوسیمیلار» را نیز مشاهده کنید).

**مدیریت دارو درمانی (MTM):** یک برنامه Medicare بخش D برای نیازهای پیچیده سلامت است، که به افرادی ارائه می‌شود که شرایط خاصی دارند یا در یک برنامه مدیریت دارو عضو هستند. خدمات MTM معمولاً شامل گفت‌وگو با یک پزشک داروساز یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی برای بررسی داروها است. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

**مراقبت اضطراری (اورژانسی):** خدمات تحت‌پوششی که توسط یک ارائه‌کننده کارآموده برای ارائه خدمات اورژانسی ارائه می‌شوند و برای مداوای یک وضعیت اورژانس پزشکی یا سلامت رفتاری لازم هستند.

**مراقبت با نیاز فوری:** نوعی مراقبت است که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه پیش‌بینی‌نشده‌ای دریافت می‌کنید که اورژانس نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. اگر به دلیل شرایط زمانی، مکانی یا موقعیتی، دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان درون‌شبکه امکان‌پذیر یا منطقی نباشد، می‌توانید مراقبت‌های فوری مورد نیاز را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید (برای مثال، زمانی که خارج از محدوده خدمات طرح ما هستید و برای یک وضعیت پیش‌بینی‌نشده به خدمات فوری و ضروری از نظر پزشکی نیاز دارید، اما این وضعیت یک اورژانس پزشکی نیست).

**مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF):** مراقبت پرستاری تخصصی و خدمات توانبخشی که به‌طور مستمر و روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی ارائه می‌شوند. مثال‌های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل فیزیوتراپی یا تزریقات درون رگی (IV) می‌شود که پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند ارائه کند.

**مراکز خدمات Medicare و Medicaid (به اختصار CMS, Medicare & Medicaid Service):** اداره فدرال مسئول Medicare است. فصل 2 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

**مرحله پوشش اولیه:** مرحله‌ای پیش از آنکه مجموع هزینه‌های دارویی Medicare بخش D شما به \$2,400 برسد. این مبلغ شامل هزینه‌های پرداخت شده توسط شما، مبالغ پرداختی توسط طرح بیمه ما از سوی شما، و یارانه افراد کم درآمد می‌شود. این مرحله در هنگام دریافت اولین نسخه در سال، برای شما شروع می‌شود. در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید.

**مرحله پوشش بحرانی:** مرحله‌ای در مزایای دارویی Medicare بخش D که در آن، طرح درمانی ما کل هزینه داروهای بخش D شما را تا آخر سال پرداخت می‌کند. این مرحله زمان شروع می‌شود که شما (یا سایر افراد واجد شرایط به نمایندگی از طرف شما)، بیشتر از \$2,400 برای داروهای تحت پوشش بخش D در طول سال خرج کرده باشید. شما هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413،

هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب



**مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF):** مرکز پرستاری که دارای کارکنان و تجهیزات لازم برای ارائه مراقبت پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات سلامت مرتبط است.

**مرکز جامع توانبخشی بیماران سرپایی (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF):** مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بیماری، سانحه یا جراحی سنگین ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند، از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، کاردرمانی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی برای بهبود خانه.

**مرکز جراحی سرپایی:** مرکزی که خدمات جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می‌کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز نداشته و انتظار نمی‌رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

**مشارکت در هزینه:** بخشی از هزینه‌های مراقبت درمانی، که ممکن است لازم باشد هر ماه، پیش از آنکه مزایای شما قابل استفاده شوند، پرداخت کنید. مشارکت در هزینه شما، بستگی به درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

**منطقه خدماتی:** یک منطقه جغرافیایی که یک طرح بیمه درمان، در صورت محدود بودن عضویت بر اساس محل سکونت افراد، ساکنان آن منطقه را به عنوان عضو می‌پذیرد. برای برنامه‌های درمانی که پزشکان و بیمارستان‌هایی که می‌توانید استفاده کنید را محدود می‌کنند نیز معمولاً منطقه‌ای می‌باشد که می‌توانید خدمات عادی (غیراورژانسی) را دریافت کنید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو طرح بیمه ما شوند.

**نارضایتی:** شکایتی که در مورد ما یا یکی از ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های شبکه ما تسلیم می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح بیمه درمانی شما می‌شود.

**نرخ روزانه سهم هزینه (Daily cost-sharing rate):** نرخ که ممکن است زمانی اعمال شود که پزشک مقدار کمتری از داروی خاصی را نسبت به مقدار مصرف یک ماه کامل برای شما تجویز کند و شما ملزم به پرداخت سهم ثابت باشید. نرخ روزانه سهم هزینه، حاصل تقسیم سهم ثابت بر تعداد روزهای موجود در یک دوره تأمین دارو برای یک ماه است.

**برای مثال:** فرض کنید که سهم ثابت بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (مقدار 30 روزه دارو) \$1.35 باشد. این بدین معنی است که مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 است. اگر یک مقدار هفت‌روزه از دارو را دریافت کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 در روز ضربدر هفت روز، یعنی در مجموع کمتر از \$0.35 خواهد بود.

**وضعیت اورژانسی:** یک وضعیت اورژانس پزشکی زمانی است که شما یا هر شخص دیگری که اطلاعاتی در حد متوسط در مورد سلامت و پزشکی دارد، عقیده دارید که علائم پزشکی شما به توجه پزشکی فوری نیاز دارند تا از مرگ، از دست دادن یکی از اندام‌های بدن یا از دست دادن یا اختلال جدی در عملکرد بخشی از بدن، (و اگر یک زن باردار هستید، از دست دادن فرزند متولد نشده) پیشگیری شود. این علائم پزشکی ممکن است شامل بیماری، آسیب، درد شدید یا یک مشکل پزشکی باشد که به سرعت رو به وخامت می‌رود.

**هزینه‌های پرداخت‌شده از جیب شما:** الزام پرداخت سهم هزینه که بر اساس آن اعضا باید بخشی از هزینه خدمات یا داروهای دریافتی خود را بپردازند، و الزام «پرداخت هزینه از جیب» نیز نامیده می‌شود. به تعریف «سهم هزینه» در بالا مراجعه کنید.

**هماهنگ‌کننده مراقبت:** یک شخص اصلی که با شما، طرح بیمه و ارائه‌کنندگان مراقبت به شما، همکاری کرده تا اطمینان حاصل شود مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

**یارانه افراد کم‌درآمد (LIS):** به «کمک اضافی» (Extra Help) مراجعه کنید

اگر سؤالی داشتید، لطفاً با Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، هفت روز هفته، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک (PT) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب

اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

| نوع           | جزئیات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تماس تلفنی با | 1-800-452-4413<br>تماس با این شماره رایگان است. 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک، هفت روز هفته. شما می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگری مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا صوتی از طریق تماس با خدمات مشتریان، دریافت کنید.<br>خدمات اعضا برای اشخاصی که انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان نیز دارد. |
| تماس TTY با   | 711<br>این شماره به تجهیزات تلفنی خاصی نیاز دارد و فقط برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنوایی یا گفتاری هستند.<br>تماس با این شماره رایگان است. 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پسیفیک، هفت روز هفته.                                                                                                                                 |
| فکس           | 877-251-6671                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ارسال نامه به | Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan<br>P.O. Box 927<br>Woodland Hills, CA 91365-9856                                                                                                                                                                                                                                              |
| وبسایت        | <a href="http://blueshieldca.com/medicare">blueshieldca.com/medicare</a>                                                                                                                                                                                                                                                           |

**بیانیه افشای اطلاعات PRA** طبق قانون کاهش تشریفات اداری مصوب 1995، هیچ‌کس ملزم به پاسخگویی به درخواست جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه آن درخواست دارای شماره کنترل معتبر OMB باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای این جمع‌آوری اطلاعات 0938-1444 می‌باشد. اگر برای بهبود این فرم نظر یا پیشنهادی دارید، با این نشانی مکاتبه کنید:  
PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: Baltimore, Maryland 21244-1850





[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555