

دفترچه اطلاعاتی اعضا (Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

H2819_23_352A_001-FA_C Approved 08242023

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



1 ژانویه، 2024 - 31 دسامبر، 2024

پوشش سلامت و داروی شما در قالب (Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) یک طرح Medicare Medi-Cal

معرفی دفترچه اطلاعاتی اعضا

این دفترچه اطلاعاتی اعضا که به عنوان مدرک بیمه شناخته می‌شود، به شما درباره پوشش شما تحت برنامه ما تا 31 دسامبر 2024 اطلاعات می‌دهد. دفترچه اطلاعاتی اعضا، خدمات مراقبت سلامت، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)، پوشش داروهای نسخه‌دار و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت را توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در فصل 12 دفترچه اطلاعاتی اعضا ارائه شده‌اند.

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

هنگامی که این دفترچه اطلاعاتی اعضا، به "ما"، "ما را"، "برای ما" یا "برنامه ما" اشاره دارد، منظور Blue Shield TotalDual Plan است.

این متن به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی موجود است.

شما می‌توانید با تماس با خدمات مشتریان با شماره زیر این صفحه، این سند را به صورت رایگان در سایر فرمت‌ها از قبیل چاپ درشت، بریل و یا صوتی دریافت کنید. این تماس رایگان است.

- 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 TotalDual Plan تماس بگیرید. آنها زبان و قالب ترجیحی شما را در پرونده برای موارد آینده نگهداری خواهند کرد. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.

ما خدمات ترجمه شفاهی رایگان برای پاسخگویی به هرگونه سؤالی ارائه می‌دهیم که ممکن است در مورد بیمه درمانی یا دارویی ما داشته باشید. برای گرفتن مترجم شفاهی، کافی است با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. فردی که به زبان انگلیسی صحبت می‌کند، می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان هستند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



موارد رفع مسئولیت

- ❖ مزایا، حق بیمه‌ها، و/یا سهم‌های ثابت/سهم درصدی ممکن است در 1 ژانویه 2025 تغییر کنند
- ❖ مجموعه دارویی، شبکه داروخانه، و یا شبکه تامین کننده ممکن است هر زمان تغییر کنند. شما در صورت ضرورت، اعلامیه دریافت خواهید کرد. ما حداقل از 30 روز قبل، ثبت نام شونددگانی که تحت تاثیر قرار گرفته‌اند را مطلع خواهیم کرد.
- ❖ این مسئولیت برنامه 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 برنامه Medi-Cal (Medicaid) ایالت کالیفرنیا قرارداد دارد. ثبت نام در Blue Shield of California بستگی به تجدید قرارداد دارد.
- ❖ پوشش تحت Blue Shield TotalDual Plan، پوشش درمانی واجد شرایط موسوم به «حداقل پوشش اضطراری» است. آن الزامات مسئولیت مشترک فردی قانون محافظت و مقرون به صرفه بودن بیمار (ACA) را رعایت می‌کند. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره الزامات مسئولیت مشترک فردی، از وبسایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families بازدید کنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



فصل 1: شروع به عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی درباره Blue Shield TotalDual Plan، یک برنامه درمانی است که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویت شما در آن را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاری می‌توان داشت و شما چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A. به برنامه درمانی ما خوش آمدید.....	6
B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal.....	6
B1. Medicare.....	6
B2. Medi-Cal.....	6
C. مزایای برنامه درمانی ما.....	7
D. منطقه خدماتی برنامه درمانی ما.....	8
E. چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در برنامه درمانی می‌شود؟.....	8
F. انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو برنامه درمانی ما می‌شوید.....	8
G. تیم مراقبت و برنامه مراقبتی شما.....	10
G1. تیم مراقبت.....	10
G2. برنامه مراقبت.....	10
H. هزینه‌های ماهیانه شما در Blue Shield TotalDual Plan.....	10
H1. حق بیمه برنامه درمانی.....	10
I. دفترچه راهنمای اعضای شما.....	11
J. اطلاعات مهم دیگری که شما از ما دریافت می‌کنید.....	11
J1. کارت شناسایی عضو شما.....	11
J2. فهرست تامین کنندگان و داروخانه‌ها.....	12

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

- 13..... J3. فهرست داروهای تحت پوشش
- 13..... J4. توضیح مزایا
- 14..... K. به روز نگه داشتن پرونده عضویت شما
- 14..... K1. محرمانگی اطلاعات بهداشتی فردی (PHI)



A. به برنامه درمانی ما خوش آمدید

برنامه درمانی ما خدمات Medicare و Medi-Cal را برای افرادی مهیا می‌کند که واجد شرایط دو برنامه هستند. برنامه درمانی ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، تامین کنندگان خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، تامین کنندگان سلامت رفتاری و دیگر تامین کنندگان است. همچنین ما هماهنگ کنندگان مراقبت و تیم‌های مراقبتی داریم که به شما در مدیریت تامین کنندگان و خدمات کمک می‌کنند. همه این اشخاص برای ارائه مراقبت مورد نیاز شما مشارکت 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 وخیم کلیوی (نارسایی کلیه)

B2. Medi-Cal:

Medi-Cal نام برنامه Medicaid کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط ایالت ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال پرداخت می‌شود. Medi-Cal به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلند مدت (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.

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

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

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

حتی اگر برنامه درمانی 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 برنامه درمانی ما

شما اکنون همه خدمات Medicare و Medi-Cal تحت پوشش خود را از برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید که شامل داروهای نسخه‌دار می‌شود. شما هزینه دیگری را برای عضویت در این برنامه درمانی پرداخت نمی‌کنید.

ما کمک می‌کنیم که مزایای Medicare و Medi-Cal شما به صورت بهتری با یکدیگر عمل کرده و برای شما مفیدتر باشند. برخی از مزایا:

- شما می‌توانید در زمینه بیشتر نیازهای مراقبت سلامت خود با ما همکاری کنید.
- شما یک گروه مراقبتی دارید که به ایجاد آن کمک می‌کنید. گروه مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، ارائه‌کننده مراقبت به شما، پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین بهداشتی باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی دارید. این شخصی است که با شما، با برنامه درمانی ما و تیم مراقبتی شما همکاری دارد تا در ایجاد برنامه درمانی 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 مراقبتی با شما همکاری خواهند داشت که برای رفع نیازهای سلامت 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 داروها داشته باشید را کاهش دهند.
 - نتایج آزمایشات شما حسب اقتضا، در اختیار همه پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان مربوطه قرار داده شوند.

اعضا جدید Blue Shield TotalDual Plan: در بیشتر موارد، شما برای دریافت مزایای Medicare خود، در روز 1 ماه بعد از درخواست ثبت نام خود در Blue Shield TotalDual Plan در Blue Shield TotalDual Plan ثبت نام خواهید شد. هنوز ممکن است شما بتوانید به مدت یک ماه دیگر، خدمات Medi-Cal خود را از برنامه درمانی Medi-Cal قبلی خود دریافت کنید. بعد از آن، شما می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield TotalDual Plan دریافت کنید. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. لطفاً اگر سوالی دارید، با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته تماس بگیرید.



D. منطقه خدماتی برنامه درمانی ما

منطقه خدماتی برنامه درمانی ما شامل این کانتی‌ها در کالیفرنیا می‌شود: San Diego و Los Angeles

تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو برنامه درمانی ما شوند.

اگر به خارج منطقه خدماتی ما بروید، نمی‌توانید در برنامه درمانی ما باقی بمانید. برای اطلاعات بیشتر درباره آثار خروج از منطقه خدماتی ما، به فصل 8 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

E. چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در برنامه درمانی می‌شود؟

شما تا زمانی برای عضویت در برنامه درمانی واجد شرایط هستید که:

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (محل سکونت افراد زندانی منطقه خدماتی محسوب نمی‌شود، حتی اگر از نظر فیزیکی در آنجا باشند)، و
- در هنگام ثبت نام 21 ساله و بالاتر باشید، و
- در Medicare بخش A و Medicare بخش B هر دو عضو باشید، و
- شهروند قانونی ایالات متحده بوده یا به صورت قانونی در ایالات متحده باشید، و
- در حال حاضر واجد شرایط Medi-Cal باشید، و

اگر احراز شرایط Medi-Cal را از دست بدهید اما انتظار داشته باشید که دوباره ظرف مدت 6 ماه آن را به دست بیاورید، در این صورت، شما هنوز واجد شرایط برنامه درمانی ما هستید. (فصل 4، بخش A به شما درباره پوشش و سهم هزینه در این مدت اطلاعات می‌دهد که احراز شرایط مستمر محسوب می‌شود).

برای دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتری تماس بگیرید.

F. انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو برنامه درمانی ما می‌شوید

هنگامی که برای اولین بار عضو برنامه درمانی ما می‌شوید، یک ارزیابی ریسک سلامت (health risk assessment, HRA) را ظرف 90 روز بعد از تاریخ پوشش دریافت می‌کنید.

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. HRA اساس ایجاد برنامه مراقبت شما است. HRA شامل سوالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، بهداشت رفتاری و نیازهای عملکردی شما است.

ما برای پر کردن HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می‌توانیم HRA را در یک جلسه حضوری، تماس تلفنی یا پستی انجام دهیم.

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



اگر برنامه درمانی برای شما تازگی دارد، می‌توانید برای مدت مشخصی به رفتن نزد پزشکی ادامه دهید که الان استفاده می‌کنید. ما این را ادامه مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، چنانچه شرایط زیر وجود داشته باشد، شما می‌توانید تامین کنندگان فعلی و مجوزهای سرویس فعلی خود را در زمان ثبت نام به مدت 12 ماه حفظ کنید:

- شما، نماینده شما، یا تامین کننده شما از ما درخواست کند که به شما اجازه دهیم که به استفاده از تامین کننده فعلی ادامه دهید.
- ما بپذیریم که شما با یک تامین کننده مراقبت اولیه یا تخصصی، با چند استثناء، رابطه موجود داشتید. وقتی می‌گوییم «رابطه موجود»، به آن معنی است که شما یک تامین کننده خارج از شبکه را حداقل یک بار در 12 ماه اخیر در یک ویزیت غیراورژانسی قبل از تاریخ ثبت نام اولیه در برنامه درمانی ما ملاقات کرده‌اید.
 - ما رابطه موجود را با بررسی اطلاعات بهداشتی موجود یا اطلاعاتی بررسی می‌کنیم که شما به ما می‌دهید.
 - ما برای پاسخگویی به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. شما همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید که تصمیم سریع‌تری را اتخاذ کنیم و باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم. اگر شما در معرض خطر هستید، ما باید ظرف مدت 3 روز پاسخ بدهیم.
 - شما یا تامین کننده شما باید مستندات از رابطه موجود نشان داده و در زمان درخواست، با شرایط خاصی توافق کنید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست برای تامین کنندگان تجهیزات بادوام پزشکی (DME) را برای حداقل 90 روز ارایه کنید تا ما اجازه اجاره جدید داده و از یک تامین کننده بخواهیم آن را تحویل دهد. اگرچه شما نمی‌توانید این درخواست را برای تامین کنندگان حمل و نقل یا تامین کنندگان خدمات جانبی دیگر ارایه کنید، شما می‌توانید برای خدمات حمل و نقل یا دیگر خدمات جانبی که مشمول برنامه ما نیستند درخواست دهید.

بعد از اینکه دوره ادامه مراقبت خاتمه پیدا کرد، لازم است که نزد پزشکان و سایر ارائه کنندگان در شبکه Blue Shield TotalDual Plan بروید که با گروه پزشکی تامین کننده مراقبت اولیه شما مرتبط هستند، مگر اینکه موافقتی را با پزشک خارج از شبکه شما منعقد کنیم. ارائه کننده داخل شبکه با برنامه درمانی همکاری دارد. یک گروه پزشکی یا انجمن پزشکان مستقل (IPA) سازمانی است که طبق مقررات کالیفرنیا تشکیل شده و با برنامه‌های درمانی جهت ارایه یا هماهنگی خدمات مراقبت درمانی به ثبت نام شدگان برنامه درمانی قرارداد دارد. یک گروه پزشکی یا IPA، انجمنی از پزشکان مراقبت اولیه و متخصصین است که با هدف ارایه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است. برای اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت به فصل 3 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 یا فرد دیگری در حوزه سلامت باشد که شما انتخاب می‌کنید.

هماهنگ‌کننده مراقبت فری مجرب برای کمک به شما در مدیریت مراقبت موردنیاز شما است. هنگامیکه در برنامه درمانی ما عضو می‌شوید، هماهنگ‌کننده مراقبت به شما اختصاص خواهد یافت. این فرد همچنین شما را به منابع محلی دیگر ارجاع می‌دهد که برنامه درمانی ما ممکن است ارایه نکند و با شما تیم مراقبت شما در کمک به هماهنگی مراقبت شما همکاری می‌کند. برای دریافت اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با ما تماس بگیرید.

G2. برنامه مراقبت

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

تیم مراقبت شما شامل موارد زیر است:

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

تیم مراقبت شما بعد از HRA شما با شما ملاقات خواهد کرد. آنها از شما درباره خدماتی سوال خواهند کرد که نیاز دارید. آنها همچنین به شما درباره خدماتی خواهند گفت که ممکن است بخواهید به دریافت آنها فکر کنید. برنامه مراقبت 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. هزینه‌های ماهیانه شما در Blue Shield TotalDual Plan

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه برنامه درمانی (بخش H1)

در بعضی مواقع، حق بیمه برنامه درمانی می‌تواند کمتر باشد.

H1. حق بیمه برنامه درمانی

شما به عنوان عضو برنامه درمانی خود، یک حق بیمه ماهیانه پرداخت می‌کنید. در سال 2024، حق بیمه ماهیانه Blue Shield TotalDual Plan برابر با \$41 است. البته، شما تا زمانی که یارانه درآمد پایین بخش D را دارید، \$0 پرداخت می‌کنید که به "Extra Help" و پوشش کامل Medi-Cal نیز معروف است.

1. دفترچه راهنمای اعضای شما

دفترچه اطلاعاتی/اعضا شما، بخشی از قرارداد ما با شما است. این بدین معنی که ما باید از همه مقررات این مدرک تبعیت کنیم. اگر فکر می‌کنید ما عملی را انجام داده‌ایم که خلاف این مقررات است، می‌توانید در مورد عملکرد ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها، به **فصل 9 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 انتهایی صفحه با خدمات مشتری، **دفترچه اطلاعاتی/اعضا** را درخواست کنید. همچنین شما می‌توانید به **دفترچه اطلاعاتی/اعضا** در وبسایت ما در آدرس انتهایی صفحه مراجعه کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که در برنامه درمانی ما عضویت داشته‌اید بین 1 ژانویه، 2024 و 31 دسامبر 2024 قابل اجرا است.

2. اطلاعات مهم دیگری که شما از ما دریافت می‌کنید

سایر اطلاعاتی که ما در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل کارت شناسایی عضو، اطلاعات درباره روش دسترسی به فهرست تامین کننده و داروخانه، و اطلاعات درباره روش دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش موسوم به مجموعه دارویی است.

2.1. کارت شناسایی عضو شما

شما تحت برنامه درمانی ما، یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal شامل LTSS، برخی خدمات بهداشت رفتاری و داروهای نسخه دار دارید. شما در هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروهای نسخه دار، این کارت را نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضو است:

<p>In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To:</p>	<p>blueshieldca.com/medicare (800) 452-4413 (TTY: 711) (888) 970-0933 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640</p>	 <p>Member Name: John Doe Member ID: XEE Care Coordinator Phone: (999) 999-9999 PCP: Good, Doctor</p>	<p>MedicareRx Prescription Drug Coverage X</p> <p>RxBIN: 004336 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001</p>
<p>Send Rx Claims To:</p>	<p>Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066</p>	<p>PCP Ph: (999) 999-9999 MED GROUP</p>	

Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.
Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

اگر کارت شناسایی عضو شما صدمه دیده است، گم شده است یا به سرقت رفته است، بلافاصله با شماره‌های انتهایی صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید. ما یک کارت جدید برای شما ارسال خواهیم کرد.

تا زمانی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید، لزومی ندارد که از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت اغلب خدمات استفاده کنید. از این کارت‌ها در محل ایمنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آنها نیاز داشته باشید. اگر شما به جای کارت شناسایی عضو خود، کارت Medicare را نشان دهید، تامین کننده ممکن است به جای برنامه درمانی ما برای Medicare صورتحساب ارسال کند و ممکن است شما صورتحساب دریافت کنید. برای اطلاع درباره اقدامی که باید در صورت دریافت صورتحساب انجام دهید، به **فصل 7 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

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

- داروهای نسخه داری که فقط از طریق Medi-Cal Rx پوشش دارند
- خدمات دندانپزشکی که فقط از طریق Medi-Cal Dental Program پوشش دارند
- خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)
- برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (Multipurpose Senior Services Program , MSSP)

2. فهرست تامین کنندگان و داروخانه‌ها

فهرست تامین کنندگان و داروخانه‌ها، تامین کنندگان و داروخانه‌های شبکه برنامه درمانی ما را فهرست می‌کند. در طول مدتی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش از ارائه کنندگان شبکه استفاده کنید.

همچنین شما می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری، فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها (به صورت الکترونیک یا کاغذی) را درخواست کنید. بعد از درخواست، فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها، ظرف مدت سه روز کاری برای شما پست می‌شود.

همچنین شما می‌توانید به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها در آدرس وبسایت انتهای صفحه مراجعه کنید.

فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها، متخصصین مراقبت درمانی (مثل پزشکان، پرستاران کارور و روانشناسان)، تسهیلات (مثل بیمارستان‌ها یا کلینیک‌ها)، و تامین کنندگان پشتیبانی (مثل تامین کنندگان سلامت روزانه و سلامت در منزل) را فهرست می‌کند که شما می‌توانید به عنوان عضو Blue Shield TotalDual Plan با آنها ملاقات کنید. فهرست حاوی داروخانه‌هایی است که می‌توانید برای دریافت داروهای نسخه دار خود از آنها استفاده کنید. فهرست فهرست همچنین اطلاعاتی درباره موضوعات زیر ارائه می‌دهد:

- وقتی برای ملاقات با تامین کنندگان، متخصصین یا تسهیلات دیگر به معرفی نیاز است، و
- روش انتخاب یک پزشک، و
- نحوه تغییر پزشکتان، و
- روش یافتن پزشکان، متخصصان، داروخانه‌ها یا تسهیلات در منطقه شما و یا گروه پزشکی/IPA، و
- روش دسترسی به خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)، خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS) یا برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (Multipurpose Senior Services Program , MSSP)
- اطلاعات درباره روش دسترسی به خدمات پستی، تزریق در منزل یا مراقبت طولانی مدت داروخانه‌ها.

فهرست ارائه کنندگان شبکه

- ارائه کنندگان عضو شبکه ما شامل موارد زیر می‌شود:
 - پزشکان، پرستاران، و دیگر متخصصین مراقبت درمانی که شما به عنوان عضو برنامه درمانی ما استفاده می‌کنید؛



- درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر محل‌هایی که خدمات بهداشتی را در برنامه درمانی ما ارائه می‌کنند؛ و
- LTSS، خدمات بهداشت رفتاری، سازمان‌های ارائه بهداشت در خانه، ارائه‌کنندگان 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 برنامه درمانی 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 برنامه درمانی ما بپیچند. برای پیدا کردن داروخانه شبکه که می‌خواهید استفاده کنید، از فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها استفاده کنید.
 - به غیر از موارد اضطراری، شما باید نسخه‌های خود را در یکی از داروخانه‌های شبکه ما بپیچید اگر می‌خواهید برنامه درمانی ما در پرداخت هزینه آنها به شما کمک کند.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید. خدمات مشتری و وب سایت 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

این برنامه درمانی شامل فهرست داروهای تحت پوشش می‌باشد. به این فهرست در اختصار «فهرست دارویی» می‌گوییم. آن به شما می‌گوید که برنامه درمانی ما، کدام داروهای نسخه‌دار را تحت پوشش قرار می‌دهد.

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

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

J4. توضیح مزایا

هنگامیکه از مزایای داروی نسخه دار Medicare بخش D استفاده می‌کنید، ما یک خلاصه را برای شما ارسال می‌کنیم تا به شما کمک شود داروهای نسخه دار بخش D خود را درک کرده و حساب آنها را نگه دارید. این خلاصه توضیح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) خوانده می‌شود.

EOB کل مبلغی را که شما یا دیگران از جانب شما، برای داروهای نسخه دار Medicare بخش D شما صرف کردید و کل مبلغی که ما برای هر یک از داروهای نسخه دار Medicare بخش D شما در طول ماه پرداخت کرده ایم را به اطلاع شما می‌رساند. EOB صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای نسخه دار که شما مصرف می‌کنید، مثل افزایش قیمت و سایر داروهای دارای سهم هزینه کمتر موجود دارد. شما می‌توانید درباره این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با تجویز کننده خود صحبت کنید.

فصل 6 دفترچه اطلاعاتی/اعضا اطلاعات بیشتری را در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در پیگیری حساب پوشش دارویی خود به شما می‌دهد.

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

K. به روز نگه داشتن پرونده عضویت شما

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. تامین کنندگان شبکه ما و داروخانه‌ها نیز نیاز به اطلاعات درست درباره شما دارند. آنها از پرونده عضویت شما برای کسب اطلاعات در مورد خدمات و داروهایی که دریافت می‌کنید و هزینه آنها برای شما استفاده می‌کنند.

بلافاصله درباره موارد زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییر نام، آدرس یا شماره تلفن خود؛
- تغییراتی در هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر، از قبیل کارفرمای شما، کارفرمای همسر شما یا کارفرمای شریک زندگی شما یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان؛
- هرگونه مطالبه مسئولیت، از قبیل مطالبه خسارت برای حوادث رانندگی؛
- پذیرش در مرکز پرستاری یا بیمارستان؛
- مراقبت از سوی بیمارستان یا اورژانس؛
- تغییر مراقب (یا فردی که مسئول شما است)؛ و،
- اگر در یک مطالعه پژوهشی بالینی شرکت می‌کنید. **(توجه:** نیاز نیست شما درباره پژوهش تحقیقاتی بالینی که در آن شرکت دارید به ما بگویید، اما ما شما را ترغیب به اعلام آن می‌کنیم.)

اگر اطلاعاتی تغییر کند، با خدمات مشتری با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.

K1. محرمانگی اطلاعات بهداشتی فردی (PHI)

اطلاعات موجود در سوابق عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات بهداشتی فردی (PHI) باشد. قوانین ایالتی و فدرال مقرر می‌دارند که ما، اطلاعات بهداشتی شخصی شما را محرمانه نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر درباره روش محافظت از PHI خود، به فصل 8 دفترچه اطلاعاتی اعضای خود مراجعه کنید.



فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس منابع مهم را به شما می‌دهد که می‌توانند به شما در پاسخگویی به سوال‌ها درباره برنامه درمانی ما و مزایای مراقبت درمانی شما کمک کنند. همچنین شما می‌توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات درباره روش تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و دیگران استفاده کنید تا مدافعه شما را به عهده بگیرد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

- A. خدمات مشتری..... 17
- B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما..... 20
- C. برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP)..... 22
- D. خط مشاوره پرستاری..... 23
- E. خط بحران سلامت رفتاری..... 24
- F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)..... 25
- G. Medicare..... 26
- H. Medi-Cal..... 27
- I. دفتر بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان..... 28
- J. خدمات اجتماعی پزشکی..... 29
- K. برنامه سلامت روان (Mental Health Plan) تخصصی کانتی..... 31
- L. سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا..... 32
- M. برنامه‌هایی برای کمک به افراد جهت پرداخت بابت داروهای نسخه دار آنها..... 33
- M1. Extra Help..... 33
- M2. برنامه کمک دارویی اینز (ADAP)..... 34
- N. تامین اجتماعی..... 35

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- O. هیئت بازنشستگی راه آهن (RRB)..... 36.....
- P. سایر منابع..... 37.....
- Q. Medi-Cal Dental Program..... 38.....

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



A. خدمات مشتری

تماس با	1-800-452-4413. این تماس رایگان می باشد. 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که به انگلیسی تکلم نمی کنند.
TTY	711. این تماس رایگان می باشد. این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید. 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته
مکاتبه	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
وبسایت	blueshieldca.com/medicare

با خدمات مشتری برای دریافت کمک در این زمینه‌ها تماس بگیرید:

- سوال‌های مربوط به برنامه درمانی
- سوال‌های مربوط به مطالبه‌ها یا صدور صورتحساب
- تصمیمات در مورد پوشش مراقبت درمانی شما
 - تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
 - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، یا
 - مبلغی که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد.
 - اگر در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت درمانی خود سؤالاتی دارید با ما تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیم‌های مربوط به پوشش، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی** اعضا مراجعه کنید.
- تجدیدنظر در مورد مراقبت درمانی شما

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتی است فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید یا با خدمات مشتری تماس بگیرید.
- شکایات در مورد مراقبت درمانی شما
 - می‌توانید در باره ما یا هر یک از ارائه‌کنندگان (شامل ارائه‌کنندگان خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. ارائه‌کننده عضو شبکه، ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی ما همکاری دارد. شما می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که دریافت کردید نیز به ما یا سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) شکایت کنید (به **بخش F** مراجعه کنید).
 - شما می‌توانید برای توضیح شکایت خود، با ما تماس بگیرید: شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711).
 - 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 برنامه درمانی ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
 - شما می‌توانید در مورد برنامه درمانی ما به برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal به شماره 1-888-804-3536 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 موارد زیر است:
 - مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا
 - مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت می‌کنیم.
 - داروهای فاقد پوشش 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) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به داروهای نسخه دار، به **فصل 9، دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- تجدیدنظر در مورد داروهای شما
 - تجدیدنظر روشی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییر در تصمیم پوششی می‌باشد.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر درباره داروهای نسخه دار خود، به **فصل 9، دفترچه اطلاعاتی اعضای خود** مراجعه کنید.
- شکایات در مورد داروهای شما
 - شما می‌توان در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این کار شامل شکایت در مورد داروهای نسخه دار شما می‌شود.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش مربوط به داروهای نسخه دار شماست، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به بخش فوق مراجعه کنید.)
 - شما می‌توانید شکایت مربوط به برنامه درمانی ما را برای Medicare ارسال کنید. شما می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 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 نسخه دار خود، به **فصل 9، دفترچه اطلاعاتی اعضای خود** مراجعه کنید.
- پرداخت برای مراقبت درمانی یا داروهایی که قبلاً برای آنها هزینه پرداخت کرده‌اید
 - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت به شما، یا پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7، دفترچه اطلاعاتی اعضای خود** مراجعه کنید.
 - اگر برای پرداخت صورت‌حساب 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 خود** مراجعه کنید.



B. هماهنگ کننده مراقبت شما

هماهنگ کننده مراقبت شخصی است که برای کمک به شما از طریق هماهنگ کردن فرایند مراقبت آموزش ویژه دیده است. هماهنگ کننده شما عضوی از گروه مراقبتی شما است و وی به عنوان منبع اصلی تماس برای شما عمل خواهد کرد. به محض ثبت نام، هماهنگ کننده مراقبت با شما تماس خواهد گرفت تا ارزیابی مخاطره بهداشتی و برنامه مراقبتی شخصی شده شما را تکمیل کند. اینها ابزارهایی هستند که هماهنگ کننده مراقبت شما از آنها برای کمک به شما در شناسایی و شخصی کردن مراقبت درمانی شما استفاده خواهد کرد تا مناسب شما باشند. شما می‌توانید با تماس با شماره زیر، با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

<p>1-888-548-5765. این تماس رایگان می باشد. 8:00 a.m. تا 6:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که به انگلیسی تکلم نمی کنند.</p>	تماس با
<p>711. این تماس رایگان می باشد. این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید. 8:00 a.m. تا 6:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه</p>	TTY
<p>Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856</p>	مکاتبه

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

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

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

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

- خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)،
- مراقبت پرستاری تخصصی،
- فیزیوتراپی،
- کاردرمانی،
- گفتار درمانی،
- خدمات اجتماعی پزشکی، و
- مراقبت درمانی در خانه.
- خدمات حمایتی در خانه، از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما

بسته به کانتی که در آن زندگی می‌کنید و شرایط احراز خود، ممکن است شما پشتیبانی‌های محلی دیگری را نیز از طریق Blue Shield TotalDual Plan دریافت کنید. اگر فکر می‌کنید واجد شرایط پشتیبانی‌های محلی هستید، تامین کننده شما می‌تواند شما را معرفی کند یا شما می‌توانید با خدمات مشتری یا هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا اطلاعات بیشتری کسب کنید. ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- سازگاری‌های دسترسی محیطی (ایجاد تغییرات در منزل)،
- خدمات ردیابی در گذار به مسکن،
- ودیعه‌های مسکونی،
- خدمات اجاره نشینی و حفظ و نگهداری مسکن،
- خوراک تحت پشتیبانی یا خوراک بر اساس وضعیت پزشکی،
- خدمات مراقبت فردی و خانه داری،
- مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)،
- استراحت مراقبین،
- مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن در بیمارستان، یا
- مراکز ترک اعتیاد

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



C. برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP)

برنامه ایالتی امداد بیمه سلامت (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)، مشاوره بیمه درمانی رایگان را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که در Medicare عضو هستند. در کالیفرنیا، SHIP، برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP) نام دارد. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بفهمید برای مدیریت مشکل خود چه کار کنید. HICAP مشاورین کارآموزی دیده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد.

تماس با	(800) 434-0222 9:00 a.m. تا 4:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه
TTY	711 این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.
مکاتبه	California Department of Aging National Drive 1300 Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
وبسایت	/https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

با HICAP برای دریافت کمک تماس بگیرید:

- سوال در مورد Medicare
- مشاوران HICAP به سؤالات شما در مورد تغییر به یک برنامه درمانی جدید پاسخ دهند و به شما کمک می‌کنند:
 - حقوق خود را درک کنید،
 - گزینه‌های برنامه درمانی خود را درک کنید،
 - درباره مراقبت درمانی یا درمان خود شکایت کنید، و
 - به مشکلات مربوط به صورتحساب‌های خود رسیدگی کنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



D. خط مشاوره پرستاری

تلفن مشاوره پرستاری Blue Shield of California از طریق پرستاران ثبت شده‌ای پشتیبانی ارائه می‌دهد که به صورت 24 ساعته در شبانه روز و هفت روز هفته در دسترس هستند. پرستارها از طریق تلفن برای پاسخگویی به سوال‌های عمومی مرتبط با سلامت و معرفی منابع دیگر برای کسب اطلاعات بیشتر، در دسترس هستند. اعضا از طریق خط مشاوره تلفنی توصیه پرستاری می‌توانند یک خلاصه از مکالمه را از طریق ایمیل دریافت کنند که حاوی اطلاعات و لینک‌ها جهت ارجاع سریع است. شما در رابطه با سوال‌های مربوط به سلامت یا مراقبت درمانی خود می‌توانید با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

<p>877) 304-0504 (این تماس رایگان می‌باشد).</p> <p>24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که به انگلیسی تکلم نمی‌کنند.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>711 این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.</p> <p>24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته</p>	<p>TTY</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



E. خط بحران سلامت رفتاری

<p>خط بحران سلامت رفتاری لس آنجلس کانتی 1-800-854-7771 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که به انگلیسی تکلم نمی کنند.</p> <p>خط بحران و دسترسی سن دیگو کانتی 1-888-724-7240 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که به انگلیسی تکلم نمی کنند.</p>	تماس تلفنی با
<p>711 این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته</p>	TTY

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

- سوالات در مورد خدمات بهداشت رفتاری و سوء مصرف مواد

برای سوالات مربوط به خدمات بهداشت روانی تخصصی در کانتی شما به بخش **K** مراجعه کنید.



F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی موسوم به Livanta دارد. این گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی هستند که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد دارای Medicare کمک می‌کنند. Livanta به برنامه درمانی ما وابستگی ندارد.

تماس تلفنی با	1-877-588-1123 8:00 a.m. تا 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه، 11:00 a.m. تا 3:00 p.m.، شنبه و یکشنبه و 7:00 a.m. تا 3:30 p.m. در روزهای تعطیل
TTY	1-855-887-6668 این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.
مکاتبه	Livanta Livanta BFCC-QIO Program Guilford Road, Suite 202 10820 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	https://livantaqio.com/en/states/california

با Livanta برای دریافت کمک در موارد زیر تماس بگیرید:

- سوالات در مورد حقوق مراقبت درمانی خود
- ارایه شکایت درباره مراقبتی که دریافت کردید، اگر:
 - در مورد کیفیت مراقبت مشکلی دارید،
 - فکر می‌کنید که خاتمه اقامت شما در بیمارستان زودهنگام است، یا
 - فکر می‌کنید که مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) زودهنگام خاتمه پیدا می‌کند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از 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 می‌باشد که بیماری حاد کلیوی دارند (نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد).

سازمان فدرال مسئول Medicare عبارت است از مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS.

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p>www.medicare.gov</p> <p>این وبسایت رسمی برای Medicare می‌باشد. این وبسایت اطلاعات بروز شده در مورد Medicare را به شما می‌دهد. همچنین حاوی اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری، پزشکان، آژانس‌های مراقبت در منزل، مراکز دیالیز، مراکز بستری توانبخشی و مراقبت قبل از فوت است.</p> <p>شامل وبسایتها و شماره تلفن‌های مفید می‌شود. به علاوه، حاوی اسنادی است که می‌توانید از کامپیوتر خودتان چاپ کنید.</p> <p>اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مرکز سالمندان ممکن است بتوانند به شما کمک کنند تا با استفاده از کامپیوتر آنها از این وبسایت بازدید کنید. یا می‌توانید با Medicare با شماره فوق الذکر تماس گرفته و به آنها بگویید که چه چیزی را جستجو می‌کنید. آنها می‌توانند اطلاعات را در وبسایت پیدا کرده و اطلاعات را با شما مرور کنند.</p>	<p>وبسایت</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



H. Medi-Cal

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 پرورشی و زنان باردار تامین می‌کند. Medi-Cal از طریق بودجه ایالت و دولت فدرال تامین مالی می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات و پشتیبانی‌های پزشکی، دندانپزشکی، سلامت رفتاری و بلندمدت است.

شما در Medicare و Medi-Cal ثبت نام شده‌اید. اگر سوالی درباره مزایای Medi-Cal خود دارید، با هماهنگ کننده مراقبت درمانی خود تماس بگیرید. اگر سوالی درباره ثبت نام در برنامه درمانی Medi-Cal دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

تماس تلفنی با	1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه 8:00 a.m. تا 6:00 p.m.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.
مکاتبه	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وبسایت	/www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



1. دفتر بازرسی کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان

دفتر بازرسی کل به عنوان مدافع شما عمل می‌کند. اگر مشکلی یا شکایتی دارید، آنها می‌توانند به سوال‌های شما پاسخ دهند و می‌توانند به شما کمک کنند بفهمید که چه کاری باید انجام دهید. دفتر بازرسی کل همچنین به شما در زمینه مشکلات مربوط به خدمات و صورتحساب کمک می‌کند. آنها با برنامه درمانی ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه سلامتی مرتبط نیستند. خدمات آنها رایگان است.

تماس تلفنی با	1-888-452-8609 این تماس رایگان می باشد. دوشنبه تا جمعه، بین 8:00 a.m. و 5:00 p.m.
TTY	711 این تماس رایگان می باشد.
مکاتبه	California Department of Social Services Office of the Ombudsman Capitol Mall MS 4412 1501 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



ل. خدمات اجتماعی پزشکی

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

برای درخواست خدمات پشتیبانی در منزل که به شما در پرداخت بابت خدمات ارایه 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.

<p>1-866-613-3777 این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>اداره خدمات اجتماعی عمومی لس آنجلس کانتی یک مرکز خدمات مشتری (CSC) دارد که به 33 دفتر منطقه‌ای خدمات می‌دهد. ساعات کاری ما، دوشنبه تا جمعه، از 7:30 a.m. تا 5:30 p.m. است.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>1-877-735-2929</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p>Los Angeles County Department of Public Social Services E. Olympic Blvd 2855 Los Angeles, CA 90023</p>	<p>مکاتبه</p>
<p>https://dpss.lacounty.gov</p>	<p>وبسایت</p>
<p>1-866-262-9881 این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>نمایندگان خدمات سلامت و انسانی سن دیگو کانتی بین ساعت 8:00 a.m. و 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.</p> <p>خط دسترسی سلف سرویس، در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 هفت روز هفته در دسترس است.</p> <p>تماس گیرندگان باید شماره تأمین اجتماعی (SSN) خود را وارد کنند تا از سیستم استفاده کنند.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>1-619-589-4459</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) ، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



<p style="text-align: center;">County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186</p>	مکاتبه
<p>https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html</p>	وبسایت

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



K. برنامه سلامت روان (Mental Health Plan) تخصصی کانتی

اگر شرایط دسترسی را داشته باشید، خدمات بهداشت روانی تخصصی از طریق برنامه بهداشت روانی کانتی (MHP) در دسترس است.

<p>لس آنجلس کانتی</p> <p>1-800-854-7771 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که به انگلیسی تکلم نمی کنند.</p> <p>سن دیگو کانتی</p> <p>1-888-724-7240 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که به انگلیسی تکلم نمی کنند.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>711 این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته.</p>	<p>TTY</p>

برای دریافت کمک در موارد زیر، با برنامه بهداشت روانی تخصصی کانتی تماس بگیرید:

- سوالات در مورد خدمات بهداشت روانی تخصصی عرضه شده توسط کانتی
- خدمات بهداشت روانی تخصصی شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نمی شود:
 - خدمات بهداشت روانی برای بیماران سرپایی
 - مداوا در طول روز
 - مداخله و ثبات در بحران
 - مدیریت پرونده هدفمند
 - مداوای مسکونی بزرگسالان
 - مداوای مسکونی در موارد بحرانی

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



L. سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا

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

تماس تلفنی با	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.
TDD	1-877-688-9891 این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.
مکاتبه	Help Center California Department of Managed Health Care Ninth Street, Suite 500 980 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



M. برنامه‌هایی برای کمک به افراد جهت پرداخت بابت داروهای نسخه دار آنها

وبسایت Medicare.gov به آدرس (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-prescription-costs) اطلاعاتی درباره روش کم کردن هزینه‌های داروهای نسخه دار شما ارائه می‌کند. برنامه‌ها و خدمات دیگری برای افراد دارای درآمد محدود، به شرح زیر وجود دارد.

Extra Help .M1

چون شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، شرایط دریافت “Extra Help” از Medicare را دارید و آن را برای پرداخت هزینه‌های برنامه داروهای نسخه دار خود دریافت می‌کنید. لزومی ندارد که برای دریافت این “Extra Help” کاری انجام دهید.

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

اگر معتقد هستید که مبلغ سهم هزینه اشتباهی را در هنگام دریافت نسخه‌های خود در داروخانه پرداخت می‌کنید، برنامه درمانی ما فرایندی برای درخواست کمک در دریافت مدارک مربوط به سطح سهم ثابت درست شما یا اگر چنانچه قبلاً به مدارک دسترسی دارید، برای ارائه این مدارک به ما دارد.

- برای دریافت کمک در دریافت مدارک سطح درست سهم ثابت، می‌توانید با خدمات مشتری با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته تماس بگیرید و ما می‌توانیم فهرست اسناد و مدارک مورد قبول را برای شما فکس یا پست کرده یا فهرست را به صورت تلفنی برای شما بخوانیم. بعد از آنکه مدرک را دریافت کردید، یا اگر از قبل آن را دارید، می‌توانید آن را از طریق فکس (877) 251-6671 یا پست (Blue Shield Medicare, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856) برای ما ارسال کنید.
- وقتی مدرکی را دریافت می‌کنیم که میزان سهم ثابت شما را نشان می‌دهد، ما سیستم خود را به روز خواهیم کرد تا وقتی نسخه بعدی خود را دریافت می‌کنید، سهم ثابت صحیح را پرداخت کنید. اگر شما سهم ثابت خود را اضافه پرداخت کنید، ما آن را به شما برخواهیم گرداند. ما یا یک چک برای شما ارسال خواهیم کرد یا مبلغ را از سهم‌های ثابت آینده شما کسر خواهیم کرد. اگر داروخانه سهم ثابت را از شما دریافت نکرده است و سهم ثابت شما را تحت عنوان بدهی شما ثبت کرده باشد، ما ممکن است پرداخت را به طور مستقیم به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالت از طرف شما پرداخت انجام دهد، ما

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

ممکن است پرداخت را مستقیم به ایالت انجام دهیم. اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتری تماس بگیرید.

M2. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)

ADAP به افراد واجد شرایط ADAP که مبتلا به HIV/AIDS هستند، کمک می‌کند تا به داروهای نجات بخش HIV دسترسی داشته باشند. داروهای نسخه دار Medicare بخش D که در مجموعه دارویی ADAP نیز هستند واجد شرایط کمک سهم هزینه داروهای نسخه دار از طریق ADAP کالیفرنیا هستند: تماس با شماره (844) 421-7050، 8:00 a.m. تا 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه یا بازدید از وبسایت به آدرس: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. توجه: افراد برای احراز شرایط ADAP ایالتی، باید معیارهای خاصی از جمله مدرک اقامت در استان و بیماری HIV، درآمد پایین طبق تعریف ایالت و وضعیت بدون بیمه/بیمه ناقص داشته باشند. اگر شما برنامه‌ها را تغییر دهید، لطفاً به مددکار محلی ثبت نام ADAP اطلاع دهید تا بتوانید به دریافت کمک ادامه دهید. برای کسب اطلاعات درباره معیارهای احراز شرایط، داروی تحت پوشش، یا روش ثبت نام در برنامه، لطفاً با ADAP کالیفرنیا با شماره (844) 421-7050، از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید یا از وبسایت https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx بازدید کنید.



N. تامین اجتماعی

تامین اجتماعی احراز شرایط را مشخص کرده و ثبت نام برای Medicare را مدیریت می‌کند. شهروندان ایالات متحده و مقیمان دائم مجاز که 65 سال و بیشتر دارند یا دچار معلولیت یا مبتلا به بیماری حاد کلیه (ESRD) هستند و شرایط خاصی را دارند، واجد شرایط Medicare هستند. اگر شما قبلاً چک تامین اجتماعی دریافت می‌کنید، ثبت نام در Medicare خودکار است. اگر شما چک تامین اجتماعی دریافت نمی‌کنید، باید در Medicare ثبت نام کنید. برای درخواست Medicare، شما می‌توانید با تامین اجتماعی تماس بگیرید یا به دفتر محلی تامین اجتماعی مراجعه کنید.

اگر شما جابجا شوید یا آدرس پستی خود را تغییر دهید، مهم است که با تامین اجتماعی تماس بگیرید و به آنها اطلاع دهید.

<p>1-800-772-1213</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>در دسترس از 8:00 a.m. تا 7:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه.</p> <p>شما می‌توانید از خدمات خودکار تلفنی آنها برای دریافت اطلاعات ضبط شده و انجام بعضی کارها به صورت 24 ساعت در روز استفاده کنید.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>1-800-325-0778</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p>Social Security Administration</p> <p>Office of Public Inquiries and Communications Support</p> <p>West High Rise 1100</p> <p>.Security Blvd 6401</p> <p>Baltimore, MD 21235</p>	<p>مکاتبه</p>
<p>www.ssa.gov</p>	<p>وبسایت</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



0. هیئت بازنشستگی راه آهن (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، مهم است که اگر جابجا می‌شوید یا آدرس پستی خود را تغییر می‌دهید، به آنها اطلاع دهید. اگر شما سوالی درباره مزایای خود از RRB دارید، با آژانس تماس بگیرید.

<p>1-877-772-5772</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>اگر دکمه "0" را فشار دهید، می‌توانید از ساعت 9:00 a.m. تا 3:30 p.m.، دوشنبه، سه شنبه، پنج شنبه و جمعه، و از 9:00 a.m. تا 12:00 p.m. روز چهارشنبه، با یک نماینده RRB صحبت کنید.</p> <p>اگر دکمه "1" را فشار دهید، می‌توانید به خط ویژه کمکی RRB و اطلاعات ضبط شده به صورت 24 ساعت در روز، شامل آخر هفته‌ها و تعطیلات دسترسی داشته باشید.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>1-312-751-4701</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.</p> <p>تماس با این شماره رایگان نیست.</p>	<p>TTY</p>
<p>www.rrb.gov</p>	<p>وبسایت</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



P. سایر منابع

برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal، مساعدت رایگان برای کمک به افرادی ارایه می‌دهد که برای دریافت و حفظ پوشش سلامت تلاش می‌کنند و مشکلات برنامه‌های درمانی آنها را حل می‌کند.

اگر در موارد زیر مشکل دارید:

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

برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal در زمینه شکایات، تجدیدنظرها و رسیدگی‌ها کمک می‌کند. شماره تلفن بازرس کل 1-888-804-3536 است.



Medi-Cal Dental Program .Q

بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental Program در دسترس هستند؛ این خدمات شامل خدماتی مثل موارد زیر هستند اما محدود به آنها نمی‌شوند:

- معاینات اولیه، تصویربرداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری و فلورایددرمانی
- ترمیم و روکش
- مداوای کانال ریشه
- دندان مصنوعی پارشال و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین

<p>1-800-322-6384</p> <p>این تماس رایگان است.</p> <p>مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه‌های Medi-Cal Dental Fee-for-Service و Dental Managed Care (DMC) در دسترس هستند. نمایندگان Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program برای کمک به شما از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>1-800-735-2922</p> <p>این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p>www.dental.dhcs.ca.gov</p>	<p>وبسایت</p>

علاوه بر Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program، ممکن است شما از طریق یک برنامه مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی، مزایای دندانپزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی در کانتی‌های Los Angeles و Sacramento در دسترس هستند. اگر اطلاعات بیشتری درباره برنامه‌های دندانپزشکی می‌خواهید یا می‌خواهید برنامه‌های دندانپزشکی 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، 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



فصل 3: استفاده از پوشش برنامه درمانی 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 برنامه درمانی بدانید. همچنین درباره هماهنگ کننده مراقبت شما، روش دریافت مراقبت از انواع مختلف تامین کنندگان و در شرایط ویژه و خاص (از جمله تامین کنندگان خارج از شبکه یا داروخانه‌ها)، اگر مستقیم بابت خدمات تحت پوشش ما صورت حساب دریافت کردید، چه کاری 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 دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات درباره خدمات و تامین کنندگان..... 41
- B. مقررات دریافت خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد..... 41
- C. هماهنگ کننده مراقبت شما..... 43
- C1. هماهنگ کننده مراقبت چیست 43
- C2. شما چطور می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید 43
- C3. شما چطور می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید 43
- D. دریافت مراقبت از تامین کنندگان..... 43
- D1. دریافت مراقبت از ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) 43
- D2. دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه کنندگان 46
- D3. وقتی یک تامین کننده شبکه ما را ترک می‌کند 47
- D4. ارائه کنندگان خارج از شبکه 48
- E. خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)..... 48
- F. خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)..... 49
- F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal ارائه شده در خارج از برنامه درمانی ما 49
- G. خدمات حمل و نقل..... 52

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

- 52..... G1. حمل و نقل پزشکی در موقعیت‌های غیراورژانسی
- 53..... G2. حمل و نقل غیرپزشکی
- 54..... H. خدمات تحت پوشش در موارد ضرورت پزشکی، در صورتی که فوراً نیاز باشند، یا در دوره یک مصیبت
- 54..... H1. مراقبت در وضعیت اضطراری پزشکی
- 55..... H2. مراقبت با نیاز فوری
- 56..... H3. مراقبت در دوره مصیبت
- 57..... I. اگر برای خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد، مستقیم صورتحساب دریافت کنید، باید چه کاری انجام دهید
- 57..... I1. اگر برنامه ما خدمات را پوشش نداد باید چه کاری انجام دهید
- 58..... J. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی
- 58..... J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی بالینی
- 58..... J2. پرداخت بابت خدمات در مواردی که شما در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید
- 59..... J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی
- 59..... K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی هستند چگونه است
- 59..... K1. تعریف سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی
- 59..... K2. مراقبت از یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی
- 60..... L. وسایل بادوام پزشکی (DME)
- 60..... L1. DME به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما
- 60..... L2. مالکیت DME در مواقعی که شما به Original Medicare تغییر می‌دهید
- 61..... L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما
- 61..... L4. وسایل اکسیژن در مواقعی که شما به Original Medicare یا یک برنامه Medicare Advantage (MA) تغییر می‌دهید



A. اطلاعات درباره خدمات و تامین کنندگان

خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلند مدت (LTSS)، لوازم، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه دار و بدون نسخه، وسائل و سایر خدمات می‌شود. **خدمات تحت پوشش** هر یک از این خدمات می‌باشند که برنامه درمانی ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند. مراقبت درمانی تحت پوشش، سلامت رفتاری و LTSS، در **فصل 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا** شما ارائه شده‌اند. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه دار و بدون نسخه در **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا** شما ارائه شده‌اند.

ارائه کنندگان شامل پزشک، پرستار و سایر اشخاصی می‌شوند که مراقبت و خدمات به شما ارائه می‌کنند. ارائه کنندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، آژانس‌های بهداشت در خانه، درمانگاه و سایر مکان‌هایی نیز می‌شود که خدمات مراقبت درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، تجهیزات پزشکی و بعضی LTSS را در اختیار شما قرار می‌دهند.

شبکه ارائه کنندگان، ارائه کنندگانی هستند که با برنامه درمانی همکاری دارند. این ارائه کنندگان موافقت می‌کنند که پرداخت هزینه از سوی ما را به عنوان پرداخت کامل هزینه قبول کنند. هنگامیکه یک ارائه کننده شبکه را می‌بینید، معمولاً هیچ مبلغی را برای خدمت تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

B. مقررات دریافت خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد

برنامه درمانی ما، همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این خدمات شامل خدمات بهداشت رفتاری خاص و LTSS می‌شوند.

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

- **مراقبتی که دریافت می‌کنید باید جزء مزایای برنامه درمانی باشد.** این یعنی ما آن را در جدول مزایا در **فصل 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا** درج کرده باشیم.
- **مراقبت باید از نظر پزشکی ضروری باشد.** منظور ما از مراقبت با ضرورت پزشکی خدماتی است که منطقی بوده و حافظ جان شما هستند. مراقبت با ضرورت پزشکی برای پیشگیری از ابتلای افراد به بیماری جدی یا ناتوانی و کاهش درد شدید از طریق درمان بیماری، مرض یا جراحت نیاز است. برای خدمات پزشکی، باید یک ارائه کننده **مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP)** داخل شبکه داشته باشید که مراقبت را تجویز کند یا به شما بگوید که از پزشک دیگری استفاده کنید. به عنوان عضو برنامه درمانی باید یک ارائه کننده داخل شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
- در بیشتر موارد، قبل از اینکه از سایر ارائه کنندگان استفاده کنید که PCP شما نیستند یا از تامین کنندگان دیگر در شبکه برنامه درمانی ما استفاده کنید، برنامه درمانی ما باید به شما تاییدیه بدهد. این کار **معرفی** نام دارد. اگر شما تایید نشوید، ممکن است ما خدمات را پوشش ندهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره معرفی ها، به صفحه 46 مراجعه کنید.
- PCP های برنامه درمانی ما، با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می‌کنید، شما گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. 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.

- شما برای مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد یا استفاده از ارائه‌کننده بهداشتی زنان یا هر یک از خدمات فهرست شده در بخش D1 این فصل، به معرفی PCP خود نیازی ندارید.

● **شما باید از ارائه‌کنندگان شبکه‌ای مراقبت دریافت کنید که با گروه پزشکی PCP شما وابستگی دارند.** معمولاً ما مراقبت ارائه شده از سوی ارائه‌کننده‌ای که با برنامه درمانی ما و گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارد را پوشش نخواهیم داد. این به آن معنی است که شما باید بابت خدمات ارائه شده شخصاً هزینه کامل پرداخت کنید. در اینجا چند مورد ذکر می‌شوند که این قاعده اطلاق پذیر نمی‌باشد:

- ما مراقبت اضطراری یا فوری موردنیاز از یک تامین‌کننده خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم (برای اطلاعات بیشتر، به بخش H این فصل مراجعه کنید).
- اگر به مراقبتی نیاز دارید که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد و ارائه‌کنندگان شبکه ما نمی‌توانند در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید مراقبت را از ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت کنید. این نیاز به مجوز دارد و مجوز باید قبل از درخواست برای مراقبت از برنامه درمانی دریافت شود. در این موقعیت، ما مراقبت را به همان صورتی پوشش خواهیم داد که آن را از ارائه‌کننده داخل شبکه دریافت کرده باشید.
- ما خدمات دیالیز کلیه را در صورتی پوشش می‌دهیم که برای مدت کوتاهی در خارج منطقه خدماتی برنامه درمانی باشید یا وقتی که تامین‌کننده شما موقتاً موجود یا در دسترس نیست. شما می‌توانید این خدمات را در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت کنید.
- وقتی شما برای بار اول به برنامه درمانی ما ملحق شدید، می‌توانید از ما درخواست کنید به استفاده از تامین‌کنندگان خود ادامه دهید. اگر بتوانیم تایید کنیم که شما با تامین‌کنندگان از قبل در ارتباط بوده اید، غیر از چند استثناء، باید این درخواست را تایید کنیم. به **فصل 1 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید. اگر ما درخواست شما را تایید کنیم، شما می‌توانید به ادامه استفاده از تامین‌کنندگانی که برای دریافت خدمات استفاده می‌کنید 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 به شما کمک کند. بعد از 12 ماه، اگر به استفاده از تامین‌کنندگانی ادامه دهید که در شبکه ما نیستند، و با گروه پزشکی PCP شما وابستگی ندارد، ما دیگر مراقبت شما را پوشش نمی‌دهیم.

اعضا جدید Blue Shield TotalDual Plan: در بیشتر موارد، شما برای دریافت مزایای Medicare خود، در روز 1 ماه بعد از درخواست ثبت نام خود در Blue Shield TotalDual Plan در Blue Shield TotalDual Plan ثبت نام خواهید شد. هنوز ممکن است شما بتوانید به مدت یک ماه دیگر، خدمات Medi-Cal خود را از برنامه درمانی Medi-Cal قبلی خود دریافت کنید. بعد از آن، شما خدمات Medi-Cal را از طریق Blue Shield Promise Health Plan دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سوال دارید، لطفاً با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.



C. هماهنگ کننده مراقبت شما

C1. هماهنگ کننده مراقبت چیست

هماهنگ کننده مراقبت شخصی است که برای کمک به شما از طریق هماهنگ کردن فرایند مراقبت آموزش ویژه دیده است. هماهنگ کننده مراقبت شما عضوی از تیم مراقبت شما خواهد بود و ایشان به عنوان نقطه تماس اولیه و منبع اطلاعاتی شما است. بعد از ثبت نام، یک هماهنگ کننده مراقبت با شما تماس خواهد گرفت تا خود را معرفی کند و به شما در انجام ارزیابی مخاطرات سلامت جهت شناسایی نیازهای مراقبت درمانی تان کمک کند.

C2. شما چطور می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید

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

C3. شما چطور می‌توانید هماهنگ کننده مراقبت خود را تغییر دهید

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

D. دریافت مراقبت از تامین کنندگان

D1. دریافت مراقبت از ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP)

شما باید یک PCP را برای ارائه و مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید. PCP‌های برنامه درمانی ما، با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می‌کنید، شما گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید.

تعریف PCP و کاری که PCP برای شما انجام می‌دهد

PCP شما پزشکی است که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی پایه به شما آموزش دیده است. PCP می‌تواند یک پزشک خانواده، پزشک عمومی، ارائه کننده طب داخلی، OB-GYN 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 آن که یک متخصص PCP شما باشد، با خدمات اعضای Blue Shield TotalDual 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 می‌توانند PCP شما باشند. شما مراقبت عادی یا پایه خود را از PCP دریافت می‌کنید. PCP شما نیز می‌تواند سایر خدمات تحت پوشش مورد نیاز شما را هماهنگ کند. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:

- عکسبرداری با اشعه ایکس
- تست های آزمایشگاهی
- درمان ها
- مراقبت توسط پزشکان متخصص



- پذیرش در بیمارستان، و
- مراقبت پیگیری

PCP ها در برنامه درمانی ما با گروه پزشکی خاصی وابستگی دارند. یک گروه پزشکی یا انجمن پزشکان مستقل (IPA) سازمانی است که طبق مقررات کالیفرنیا تشکیل شده و با برنامه‌های درمانی جهت ارائه یا هماهنگی خدمات مراقبت درمانی به ثبت نام شدگان برنامه درمانی قرارداد دارد. 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 متخصص نزد PCP خود بروید تا از وی ارجاع دریافت کنید. زمانیکه این ارجاع مورد تصویب گروه پزشکی PCP شما قرار گرفت، می‌توانید با متخصص یا ارائه‌کننده دیگر وقت ویزیت بگذارید تا درمان مورد نیاز را دریافت کنید. هنگامیکه درمان یا خدمات را تکمیل کردید، متخصص به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP شما بتواند به مدیریت مراقبت از شما ادامه دهد.

برای دریافت خدمات خاص، PCP شما لازم خواهد بود که ابتدا اجازه لازم را از برنامه درمانی و در برخی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP شما دریافت کند. این مجوز دریافت شده از قبل "اجازه قبلی" خوانده می‌شود.

انتخاب PCP شما

هنگامیکه در برنامه درمانی ما عضو می‌شوید، باید یک ارائه‌کننده برنامه درمانی را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.

شما برای انتخاب PCP خود می‌توانید:

- از فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها استفاده کنید. به فهرست "پزشکان مراقبتهای درمانی اولیه" در پشت فهرست برای پیدا کردن پزشکی که می‌خواهید مراجعه کنید. (این فهرست به ترتیب حروف الفبا و براساس نام خانوادگی پزشکان مرتب شده است)؛ یا
- به وبسایت blueshieldca.com/find-a-doctor مراجعه کرده و PCP که می‌خواهید را جستجو کنید؛ یا
- برای دریافت کمک با Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده‌اند).

برای فهمیدن آنکه آیا تامین‌کننده مراقبت درمانی که می‌خواهید در دسترس است یا بیمار جدید می‌پذیرد، به فهرست ارائه‌کننده مراقبت درمانی مراجعه کنید که در وبسایت ما موجود است یا با خدمات مشتری تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در انتهای این صفحه چاپ شده است). بنابراین اگر متخصص یا بیمارستان خاصی هست که می‌خواهید استفاده کنید، بهتر است ببینید که آیا با گروه پزشکی PCP شما وابستگی دارند یا خیر. شما می‌توانید به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها موجود در وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/MAPDocuments2024 مراجعه کنید یا از خدمات مشتری Blue Shield TotalDual Plan درخواست کنید که بررسی کند آیا PCP که شما می‌خواهید، به آن متخصص معرفی می‌کند 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، این امکان وجود دارد که PCP شما شبکه برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر PCP شما شبکه ما را ترک کند، می‌توانیم به شما کمک کنیم یک PCP جدید را در شبکه برنامه درمانی ما پیدا کنید.

می‌توانید مراحل مذکور در "گزینه‌های PCP شما" را برای تغییر PCP خود دنبال کنید. اطمینان حاصل کنید که با خدمات مشتری تماس می‌گیرید 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 برنامه درمانی ما با گروه پزشکی وابستگی دارند. اگر شما PCP خود را تغییر دهید، همچنین می‌توانید گروه‌های پزشکی را تغییر دهید. زمانی که درخواست تغییر می‌کنید، به خدمات مشتری اطلاع دهید که آیا از متخصص استفاده می‌کنید یا سایر خدمات تحت پوشش را دریافت می‌کنید که باید تاییدیه PCP را داشته باشد. خدمات مشتری به شما کمک خواهد کرد مراقبت تخصصی و سایر خدمات را در هنگام تغییر PCP خود ادامه دهید.

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، معرفی نام دارد. می‌توانید خدماتی مانند مواردی که در زیر ذکر شده را بدون کسب اجازه اولیه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از شبکه ارائه‌کنندگان یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
 - مراقبتی که نیاز فوری دارد از شبکه ارائه‌کنندگان.
 - مراقبت موردنیاز فوری از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه، اگر نمی‌توانید به شبکه ارائه‌کنندگان دسترسی پیدا کنید (برای مثال هنگامیکه خارج از منطقه خدماتی برنامه درمانی ما هستید یا در روزهای آخر هفته).
- توجه:** مراقبت فوری موردنیاز باید بلافاصله موردنیاز بوده و از نظر پزشکی ضروری باشد.
- خدمات دیالیز کلیه که هنگامیکه در خارج منطقه سرویس دهی برنامه درمانی ما هستید، از مرکز دیالیز مجاز Medicare دریافت می‌کنید. قبل از ترک منطقه خدماتی با خدمات مشتری تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دیالیز را هنگامیکه در خارج منطقه هستید دریافت کنید.
 - واکسن آنفولانزا و واکسن کووید-19 و همچنین واکسن هپاتیت B و واکسن ذات‌الریه تا زمانیکه آنها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.



- خدمات مراقبت درمانی عادی زنان و تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه تشخیصی ماموگرام (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پپ و آزمایش لگن خاصره می‌شود تا زمانیکه آنها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- به‌علاوه اگر برای دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان بهداشتی سرخپوستان واجد شرایط باشید، می‌توانید بدون ارجاع از این ارائه‌کنندگان استفاده کنید.

D2. دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه‌کنندگان

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:

- مراقبت توسط آنکولوژیست برای بیماران مبتلا به سرطان.
- مراقبت توسط کاردیولوژیست برای بیماری‌هایی که مشکلات قلبی دارند.
- مراقبت توسط ارتوپدیست برای بیماری‌هایی که مشکلات استخوانی، مفصلی یا عضلانی دارند.

هنگامیکه به خدمات مراقبت تخصصی یا اضافی نیاز دارید که PCP شما نمی‌تواند ارائه کند، وی به شما یک ارجاع خواهد داد. زمانیکه این ارجاع مورد تصویب گروه پزشکی PCP شما قرار گرفت، می‌توانید با متخصص یا ارائه‌کننده دیگر وقت ویزیت بگذارید تا درمان مورد نیاز را دریافت کنید. هنگامیکه درمان یا خدمات را تکمیل کردید، متخصص به PCP شما اطلاع خواهد داد تا PCP شما بتواند به مدیریت مراقبت از شما ادامه دهد.

PCP شما لازم است از قبل مجوزی را از برنامه درمانی برای شما دریافت کند تا خدمات خاصی را دریافت کنید. این مجوز دریافت شده از قبل "اجازه قبلی" خوانده می‌شود. برای مثال اجازه قبلی برای همه اقامت‌های غیراضطراری در بیمارستان لازم است. در برخی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP شما، به جای برنامه درمانی، می‌تواند اجازه خدمات شما را صادر کند.

اگر در مورد اینکه چه کسی مسئول تسلیم و تصویب اجازه قبلی برای خدمات است هرگونه سؤالاتی دارید، با گروه پزشکی وابسته به PCP خود تماس بگیرید. همچنین شما می‌توانید با خدمات مشتری تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه خدماتی به اجازه قبلی نیاز دارند، لطفاً به جدول مزایا در فصل 4، بخش D مراجعه کنید.

معرفینامه کتبی می‌تواند برای یک ویزیت یا اگر به خدمات مستمر نیاز دارید، به عنوان معرفینامه مکرر برای بیش از یک ویزیت باشد. در هر یک از بیماری‌های زیر، ما باید به شما یک معرفینامه مکرر بدهیم:

- یک بیماری مزمن (مستمر)؛
- یک بیماری سلامت روان یا فیزیکی که موجب تهدید جانی باشد؛
- یک بیماری یا ناتوانی دژنراتیو؛
- بیماری یا وضعیت دیگری 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، با خدمات مشتری با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.



D3. وقتی یک تامین کننده شبکه ما را ترک می‌کند

تامین کننده شبکه‌ای که استفاده می‌کنید، ممکن است برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر تامین‌کننده شما برنامه ما را ترک کند، شما حقوق و محافظت‌های خاصی دارید که در زیر خلاصه می‌شوند:

- حتی اگر شبکه تامین کنندگان ما در طول سال تغییر کند، ما باید به شما دسترسی بدون وقفه به تامین کنندگان مجرب بدهیم.
- ما به شما اطلاع خواهیم داد که تامین کننده شما در حال ترک برنامه درمانی ما است تا شما زمان برای انتخاب یک تامین کننده جدید داشته باشید.
- اگر تامین کننده مراقبت اولیه یا سلامت رفتاری شما، برنامه درمانی ما را ترک کند، اگر شما در سه سال گذشته آن تامین کننده را دیده باشید، ما به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر هر یک از سایر تامین کنندگان شما شبکه ما را ترک کنند، اگر شما به تامین کننده معرفی شده باشید، در حال دریافت مراقبت از آنها باشید یا در سه ماه گذشته آنها را ملاقات کرده باشید، ما به شما اطلاع خواهیم داد.
- ما به شما کمک خواهیم کرد که یک تامین کننده درون شبکه واجد شرایط جدید پیدا کنید و به مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود ادامه دهید.
- اگر در حال حاضر، درمان پزشکی یا تراپی با تامین کننده فعلی خود دارید، حق درخواست دارید و ما با شما همکاری خواهیم کرد تا اطمینان پیدا کنیم که درمان‌ها و تراپی‌های ضروری پزشکی که دریافت می‌کنید، ادامه می‌یابند.
- ما اطلاعاتی درباره دوره‌های مختلف ثبت نام موجود برای شما و گزینه‌هایی که برای تغییر برنامه‌های درمانی دارید به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر ما نتوانیم یک متخصص درون شبکه مجرب 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 ارائه کند.
- اگر فکر می‌کنید که ما تامین کننده قبلی شما را با یک تامین کننده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا به خوبی مراقبت شما را مدیریت نمی‌کنیم، شما حق دارید یک شکایت در زمینه کیفیت مراقبت به QIO، یک نارضایتی از کیفیت مراقبت یا هر دو را ارائه کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 9** مراجعه کنید.)

اگر شما متوجه شوید که یکی از تامین کنندگان شما، برنامه درمانی ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در یافتن یک تامین کننده جدید یا مدیریت مراقبت‌تان کمک کنیم. لطفاً با اداره خدمات مشتری Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته تماس بگیرید. هنگام تماس، مطمئن شوید که به خدمات مشتری بگویید که نزد متخصص می‌روید یا خدمات تحت پوشش دیگری که به اجازه PCP شما نیاز دارد را دریافت می‌کنید (از قبیل خدمات بهداشتی در خانه و وسایل پزشکی بادوام). خدمات مشتری کمک خواهد کرد که اطمینان حاصل شود شما به دریافت مراقبت تخصصی و سایر خدماتی که دریافت



می‌کرده‌اید در هنگام تغییر PCP خود ادامه دهید. آنها همچنین کنترل خواهند کرد تا اطمینان حاصل شود PCP که می‌خواهید نزد وی بروید بیماران جدید را می‌پذیرد. خدمات مشتری پرونده عضویت شما را تغییر خواهد داد تا PCP جدید شما را نشان دهد و زمان تغییر به PCP جدید را به شما خواهد گفت.

D4. ارائه کنندگان خارج از شبکه

اگر به مراقبت پزشکی نیاز دارید که Medicare و یا Medi-Cal لازم می‌دانند که برنامه درمانی ما پوشش دهد و ارائه کنندگان در شبکه ما نمی‌توانند این مراقبت را ارائه کنند، می‌توانید این مراقبت را از ارائه کننده خارج از شبکه دریافت کنید. پزشک مراقبت‌های درمانی اولیه شما مسئول تسلیم درخواست برای اجازه قبلی برای خدمات خارج از شبکه است. شما باید قبل از درخواست مراقبت از ارائه کننده خارج از شبکه دریافت کنید، فرم اجازه‌نامه را از برنامه درمانی یا گروه پزشکی وابسته به PCP خود دریافت کنید، مگر آنکه در حال دریافت، خدمات اورژانسی یا فوری موردنیاز باشید. در این موقعیت، شما همان مبلغی را پرداخت خواهید کرد که در صورت دریافت مراقبت از ارائه کننده شبکه پرداخت می‌کردید.

اگر نزد یک ارائه کننده خارج از شبکه بروید، آن ارائه کننده باید برای مشارکت در Medicare و یا Medi-Cal واجد شرایط باشد.

- ما نمی‌توانیم دستمزد ارائه کننده‌ای را پرداخت کنیم که برای مشارکت در Medicare و یا Medi-Cal واجد شرایط نیست.
- اگر از ارائه کننده‌ای استفاده کنید که برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را بپردازید.
- ارائه کنندگان باید به شما بگویند که آیا برای مشارکت در Medicare واجد شرایط هستند.

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 به بعضی LTSSها، از جمله مرکز پرستاری تخصصی، خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS)، و پشتیبانی‌های محلی، از طریق برنامه درمانی ما دسترسی دارید. یک نوع دیگر، برنامه خدمات پشتیبانی در منزل است که از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی در دسترس است. LTSS ویژه اعضایی است که نیاز به کمک در انجام فعالیت‌های روتین روزمره مثل استحمام، لباس پوشیدن، آماده کردن غذا و مدیریت داروها دارند. اگر شما در ادامه زندگی مستقل به کمک نیاز دارید، لطفاً با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات مشتری برای دریافت معرفی‌نامه 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 نگهداری است.

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

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)،
- مراقبت پرستاری تخصصی،
- ورزش درمانی،



- کاردرمانی،
- گفتار درمانی،
- خدمات اجتماعی پزشکی، و
- مراقبت درمانی در خانه.

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

- سازگاری‌های دسترسی محیطی (ایجاد تغییرات در منزل)،
- خدمات ردیابی در گذار به مسکن،
- ودیعه‌های مسکونی،
- خدمات اجاره نشینی و حفظ و نگهداری مسکن،
- خوراک تحت پشتیبانی یا خوراک بر اساس وضعیت پزشکی،
- خدمات مراقبت فردی و خانه داری،
- مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)،
- استراحت مراقبین،
- مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن در بیمارستان، یا
- مراکز ترک اعتیاد به الکل.

F. خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)

شما به خدمات سلامت رفتاری ضروری از نظر پزشکی دسترسی دارید که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند. ما به خدمات سلامت رفتاری دسترسی می‌دهیم که تحت پوشش مراقبت مدیریت شده Medicare و Medi-Cal هستند. برنامه درمانی ما خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد کانتی را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق اداره سلامت روان لس آنجلس کانتی (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH) و خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی در دسترس هستند.

F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal ارائه شده در خارج از برنامه درمانی ما

اگر معیارهای دسترسی به خدمات سلامت روان تخصصی را داشته باشید، خدمات بهداشت روانی تخصصی از طریق برنامه بهداشت روانی کانتی (MHP) در دسترس شما قرار دارد. خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal ارائه شده توسط اداره سلامت روان لس آنجلس کانتی (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH)، و خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی شامل این موارد هستند:

- خدمات بهداشت روانی



- خدمات حمایت دارویی
- درمان ویژه روزانه
- توانبخشی روزانه
- مداخله در موارد بحرانی
- تثبیت موارد بحرانی
- خدمات مداوای مسکونی بزرگسالان
- خدمات مداوای مسکونی در موارد بحرانی
- خدمات مرکز بهداشتی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند

اگر معیارهای دریافت این خدمات را دارید، خدمات سیستم توزیع ساختارمند Medi-Cal یا Drug Medi-Cal از طریق اداره سلامت روان لس آنجلس کانتی (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH) و خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی در دسترس شما هستند. خدمات Drug Medi-Cal ارائه شده توسط اداره سلامت روان لس آنجلس کانتی (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH)، و خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی شامل این موارد هستند:

- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
 - خدمات مداوای در منزل
 - خدمات بدون استفاده از دارو برای بیماران سرپایی
 - خدمات مداوای اعتیاد به مواد مخدر
 - خدمات naltrexone برای اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات سیستم توزیع ساختارمند Drug Medi-Cal شامل:
- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
 - داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
 - مسکونی/بستری
 - مدیریت ترک



- خدمات مداوای اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات ریکواری
- هماهنگی مراقبت

علاوه بر خدمات فوق الذکر، ممکن است به خدمات دفع مسمومیت داوطلبانه به صورت بستری نیز در صورت برآوری شرایط، دسترسی داشته باشید.

دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری

مجموعه جامعی از خدمات در دسترس شما می‌باشند. شما می‌توانید خودتان را به یک تامین کننده تحت قرارداد ارجاع دهید و همچنین می‌توانید توسط PCP، یک عضو خانواده و غیره معرفی شوید. در دسترسی به خدمات هیچ «دریچه اشتباهی» وجود ندارد. شما می‌توانید برای دریافت خدمات با نهادهای زیر تماس بگیرید:

- تلفن اوضاع بحرانی و ارجاع کانتی (لطفاً به فصل 2، بخش K این کتابچه برای شماره تلفن و ساعات کاری مراجعه کنید)
- اداره بهداشت عمومی کانتی LA، جلوگیری و کنترل مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-742-7900، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید)
- خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی - خدمات اختلال مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-724-7240، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.)
- تلفن Blue Shield TotalDual Plan (لطفاً به فصل 2، بخش D این کتابچه برای شماره تلفن و ساعات کاری مراجعه کنید)
- خدمات مشتری Blue Shield TotalDual Plan (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده‌اند)

روال‌های تعیین خدمات دارای ضرورت پزشکی

ضرورت پزشکی توسط ارائه کننده مجاز مربوطه مشخص می‌شود. معیار ضرورت پزشکی توسط هر دوی Blue Shield TotalDual Plan و کانتی استفاده می‌شود، توسط کارشناسان سلامت رفتاری و ذی نفعان دیگر تهیه شده است و منطبق بر الزامات قانونگذاری است.

فرایند معرفی بین Blue Shield TotalDual Plan و کانتی

اگر خدماتی را از Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی دریافت می‌کنید، می‌توانید به نهادی سازگار با نیاز خود معرفی شوید. Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی می‌توانند با تماس، شما را به نهادی معرفی کنند که به آن ارجاع شده‌اید. همچنین یک فرم ارجاع توسط تامین کننده ارجاع کننده نیز پر شده و به نهادی داده می‌شود که به وی معرفی می‌شوید.

روال حل و فصل مشکل

اگر بین شما و کانتی یا Blue Shield TotalDual Plan اختلافی وجود دارد، به دریافت مراقبت بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی دارد شامل داروهای نسخه‌دار ادامه خواهید داد تا اینکه مورد اختلاف حل و فصل شود. Blue Shield TotalDual Plan با کانتی در تهیه روال‌های حل و فصل اختلافی همکاری می‌کند که به موقع بوده و بر روی خدماتی که شما نیاز به دریافت دارید اثر منفی ندارند. بسته به اینکه با کدام نهاد اختلاف دارید، می‌توانید از روال تجدیدنظر Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی استفاده کنید.



G. خدمات حمل و نقل

G1. حمل و نقل پزشکی در موقعیت‌های غیراورژانسی

شما در صورتی برای حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی واجد شرایط هستید که نیازهای پزشکی شما اجازه نمی‌دهند که از ماشین، اتوبوس یا تاکسی برای رفتن به قرارهای ویزیت خود استفاده کنید. از حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی می‌توان برای خدمات تحت پوشش از قبیل قرارهای ویزیت پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت روانی، سوء مصرف مواد و داروخانه استفاده کرد. اگر نیاز به حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی دارید، می‌توانید مستقیماً با Call The Car با شماره (TTY: 711) 1-877-433-2178، 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، تماس بگیرید یا از برنامه همراه CTC Go برای برنامه‌ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزرواسیون‌ها استفاده کنید. قرارهای ملاقات و رزرواسیون‌های غیرفوری باید از 24 ساعت قبل از وقت شما هماهنگ شود. تامین کننده شما یا ارایه کننده حمل و نقل ما، Call The Car می‌تواند به شما کمک کند درباره بهترین حمل و نقل مناسب نیازهایتان تصمیم بگیرید.

حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی شامل یک آمبولانس، ون برانکار، ون صندلی چرخدار یا حمل و نقل هوایی می‌شود. هنگامیکه برای رفتن به قرار ویزیت خود به وسایل حمل و نقل نیاز دارید، Blue Shield TotalDual Plan اجازه کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل پزشکی و مناسب‌ترین حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی را می‌دهد. برای مثال اگر شما از لحاظ جسمانی یا پزشکی بتوانید از ون صندلی چرخدار استفاده کنید، Blue Shield TotalDual Plan هزینه حمل با آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. شما تنها در صورتی برای حمل و نقل هوایی واجد شرایط هستید که عارضه پزشکی شما هرگونه وسیله حمل و نقل زمینی را غیرممکن می‌کند. از حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی باید در موارد زیر استفاده شود:

- شما از نظر فیزیکی و پزشکی طبق مجوز کتبی تامین کننده دیگران به آن نیاز دارید، زیرا قادر به استفاده از اتوبوس، تاکسی، ماشین، یا ون برای رسیدن به محل قرار ملاقات خود نیستید.
 - شما برای رفت و آمد به منزل، ماشین یا محل مداوای خود به واسطه معلولیت جسمانی یا روانی به کمک راننده نیاز دارید.
- برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشک شما برای قرارهای ملاقات غیرفوری روتین تجویز کرده است، با Call The Car با شماره (TTY: 711) 1-877-433-2178، 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، تماس بگیرید یا از برنامه همراه CTC Go برای برنامه‌ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزرواسیون‌ها استفاده کنید. قرارهای ملاقات و رزرواسیون‌های غیرفوری و روتین باید از 24 ساعت قبل از وقت شما هماهنگ شود. برای قرار ملاقات‌های فوری، در زودترین زمان 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

Blue Shield TotalDual Plan کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل پزشکی که نیازهای پزشکی شما را برای رفتن از منزل شما به نزدیک‌ترین ارائه کننده که قرار ویزیت موجود باشد ارائه می‌کند. اگر Medicare یا Medi-Cal سرویس را پوشش ندهند، حمل و نقل پزشکی ارایه نخواهد شد. اگر نوع قرار ویزیت شما تحت پوشش Medi-Cal بوده ولی تحت پوشش برنامه درمانی نباشد، Blue Shield TotalDual Plan به شما در برنامه‌ریزی حمل و نقل کمک خواهد کرد. فهرستی از خدمات تحت پوشش در فصل 4 این کتابچه اعضا گنجانده شده است. حمل و نقل در خارج شبکه یا منطقه خدماتی تحت پوشش نیست، مگر اینکه Blue Shield TotalDual Plan قبلاً اجازه داده باشد.



G2. حمل و نقل غیر پزشکی

مزایای حمل و نقل غیر پزشکی شامل سفر به و از محل قرار ملاقات شما برای سرویسی است که تامین کننده شما اجازه داده است. در موارد زیر می‌توانید از حمل و نقل رایگان بهره مند شوید که:

- رفت و برگشت به قرار ویزیت برای خدماتی که توسط ارائه کننده شما تصویب شده باشد، یا
- تحویل گرفتن داروهای نسخه دار و لوازم پزشکی.

Blue Shield TotalDual Plan به شما اجازه می‌دهد تا از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر روش‌های عمومی/خصوصی برای رفتن به قرارهای ویزیت پزشکی خود برای خدماتی استفاده کنید که تامین کننده شما اجازه داده است. Blue Shield TotalDual Plan از Call The Car برای حمل و نقل غیر پزشکی استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین نوع حمل و نقل غیر پزشکی که نیازهای شما را برآورده کند را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

گاهی اوقات، شما می‌توانید هزینه مسافرت در یک ماشین شخصی که خود ترتیب آن را داده‌اید را نیز دریافت کنید. Blue Shield TotalDual Plan باید این موضوع را قبل از سفر شما تایید کند و شما باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید به روش دیگری مثل اتوبوس سفر کنید. 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 سرویس سفری که برای آن تایید شدید، با Call The Car با شماره (TTY: 711) 1-877-433-2178 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، حداقل بیست و چهار (24) ساعت قبل (دوشنبه-جمعه) از قرار خود تماس بگیرید. برای قرار ملاقات های فوری، در زودترین زمان ممکن تماس بگیرید. وقتی تماس می‌گیرید، کارت شناسایی عضو خود را آماده داشته باشید. اگر به اطلاعات بیشتر نیاز دارید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

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

حدود حمل و نقل غیر پزشکی

Blue Shield TotalDual Plan کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل پزشکی که نیازهای شما را برای رفتن از منزل شما به نزدیکترین ارائه کننده که قرار ویزیت دارید، ارائه می‌کند. شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کرده یا مستقیم هزینه دریافت کنید.

حمل و نقل غیر پزشکی به موارد زیر اطلاق نمی‌شود:

- آمبولانس، ون بیماربر، ون صندلی چرخدار یا روش دیگری از حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری که برای دریافت خدمات نیاز باشد.



- شما برای رفت و برگشت به منزل، ماشین یا محل مداوا به واسطه عارضه جسمانی یا روانی به کمک راننده نیاز دارید.
- شما در صندلی چرخدار هستید و نمی‌توانند بدون دریافت کمک از راننده از ماشین پیاده و سوار شوید.
- این خدمات تحت پوشش Medi-Cal یا Medicare نیست.

H. خدمات تحت پوشش در موارد ضرورت پزشکی، در صورتی که فوراً نیاز باشند، یا در دوره یک مصیبت

H1. مراقبت در وضعیت اضطراری پزشکی

وضعیت پزشکی اضطراری یک عارضه پزشکی به همراه علائمی از قبیل درد شدید یا مصدومیت وخیم است. این عارضه آنقدر جدیست که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرد، شما یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل بهداشتی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

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

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس گرفته یا از نزدیک ترین بخش اورژانس یا بیمارستان استفاده کنید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. شما نیاز به تایید یا معرفی PCP خود ندارید. نیاز نیست که از یک تامین کننده شبکه استفاده کنید. شما ممکن است بتوانید هر زمان که نیاز دارید، از یک تامین کننده دارای مجوز مناسب ایالتی، در هر جای ایالات متحده یا قلمروهای آن یا جهان دریافت کنید.
- **هرچه زودتر به برنامه درمانی ما درباره وضعیت اضطراری خود خبر دهید.** ما مراقبت اضطراری شما را پیگیری می‌کنیم. شما یا شخصی دیگری باید در مورد مراقبت اضطراری شما و معمولاً ظرف 48 ساعت با ما تماس بگیرد. البته، اگر در اعلام به ما تاخیر داشته باشید، شما پرداختی بابت موارد اضطراری نخواهید داشت. با اداره خدمات مشتری Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. تلفن خدمات مشتری ما روی کارت عضویت شما هست.



خدمات تحت پوشش در وضعیت اضطراری پزشکی

در سال 2024، Blue Shield TotalDual Plan در صورتی که نیاز داشته باشید، پوشش پزشکی اورژانسی به اعضا در هر کجای جهان ارائه می‌دهد. هیچ حدود پوششی برای خدمات اضطراری/فوری در خارج از ایالات متحده در هر سال وجود ندارد. برای کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در فصل 4، بخش D مراجعه کنید.

اگر برای رسیدن به اتاق اورژانس نیاز به آمبولانس دارید، برنامه درمانی ما آن را پوشش می‌دهد. ما همچنین خدمات پزشکی را در وضعیت اضطراری پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در فصل 4 دفترچه اطلاعاتی/اعضای خود مراجعه کنید.

تامین کنندگانی که مراقبت اضطراری را برای شما فراهم می‌کنند، تصمیم می‌گیرند که وضعیت شما چه زمانی پایدار است و وضعیت اضطراری چه وقت به پایان رسیده است. آنها به درمان شما ادامه داده و اگر شما نیاز به مراقبت پیگیری برای بهبود داشته باشید، با ما تماس خواهند گرفت.

برنامه درمانی ما، مراقبت پیگیری شما را پوشش می‌دهد. اگر شما مراقبت اضطراری خود را از تامین کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما سعی خواهیم کرد در زودترین زمان ممکن، تامین کنندگان شبکه مراقبت از شما را به عهده بگیرند.

دریافت مراقبت اضطراری، در مواردی که اضطراری نیست

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

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

- شما از ارائه کننده شبکه استفاده کنید یا
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید "مراقبتی باشد که نیاز فوری دارد" و از مقررات 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 اضطراری نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. برای مثال، ممکن است عارضه کنونی شما عود کرده باشد یا گلودرد شدید داشته باشید که در آخر هفته پیدا شود و نیاز به مداوا داشته باشد.

مراقبت با نیاز فوری در منطقه خدماتی برنامه درمانی ما

در بیشتر موارد، ما تنها زمانی مراقبتی که نیاز فوری دارد را پوشش می‌دهیم که:

- شما این مراقبت را از یک ارائه کننده شبکه دریافت می‌کنید، و
- شما از مقرراتی که در این فصل توصیف شده‌اند پیروی می‌کنید.

اگر نمی‌توانید یا منطقی نیست که نزد یک ارائه کننده شبکه بروید، ما مراقبتی که نیاز فوری دارد را از سوی ارائه کننده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم. برای دریافت فهرست جدید مراکز مراقبت‌های فوری وابسته به گروه پزشکی خود، لطفاً با



PCP خود تماس بگیرید. همچنین شما می‌توانید با رفتن به blueshieldca.com/find-a-doctor، مراکز مراقبت‌های فوری را در منطقه خود جستجو کنید.

مراقبت با نیاز فوری در خارج از منطقه خدماتی برنامه درمانی ما

هنگامیکه در خارج منطقه خدماتی هستید، ممکن است نتوانید مراقبت را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید. در آن صورت، برنامه درمانی ما هزینه مراقبتی که نیاز فوری دارد را از هر ارائه‌کننده‌ای پوشش می‌دهد.

برنامه درمانی ما هزینه مراقبتی که نیاز فوری دارد و هرگونه مراقبت غیر اضطراری دیگر را که در خارج آمریکا دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد.

برنامه درمانی ما خدمات مراقبت اضطراری و مراقبت موردنیاز فوری را در سطح جهان، در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن در شرایط زیر و بدون محدودیت ترکیبی سالیانه پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، مراقبت اضطراری و مراقبت با نیاز فوری را در جدول مزایای پزشکی در فصل 4، بخش D را ببینید.

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

H3. مراقبت در دوره مصیبت

اگر فرماندار کالیفرنیا، دبیر خدمات سلامت و انسانی ایالات متحده یا رییس جمهور ایالات متحده، وضعیت مصیبت یا اضطراری را در منطقه جغرافیایی شما اعلام کنند، شما همچنان مشمول دریافت مراقبت از برنامه درمانی ما هستید.

برای دریافت اطلاعات درباره روش دریافت مراقبت در دوره مصیبت اعلام شده، از وبسایت ما بازدید کنید.

blueshieldca.com/medicare

در دوره مصیبت اعلام شده، اگر شما نتوانید از تامین‌کننده شبکه استفاده کنید، می‌توانید از تامین‌کنندگان خارج از شبکه به نرخ سهم هزینه داخل شبکه استفاده کنید. اگر شما نتوانید در دوره مصیبت اعلام شده از یک داروخانه شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروهای نسخه‌دار خود را در یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.



ا. اگر برای خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد، مستقیم صورتحساب دریافت کنید، باید چه کاری انجام دهید

اگر ارائه‌کننده، صورتحساب را به جای ارسال به برنامه درمانی ما برای شما ارسال کند، شما باید از ما بخواهید که سهم هزینه مان را از صورتحساب پرداخت کنیم.

شما نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. اگر این کار را بکنید، آن وقت ممکن است ما نتوانیم به شما بازپرداخت کنیم.

اگر بیش از سهم هزینه برنامه درمانی خود بابت خدمات تحت پوشش پرداخت کردید یا اگر صورتحسابی بابت هزینه کامل خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کردید، به فصل 7 دفترچه اطلاعاتی اعضای خود مراجعه کنید تا ببینید که باید چه کاری انجام دهید.

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

برنامه درمانی ما همه خدمات را پوشش می‌دهد:

- که تشخیص داده شده ضروری هستند، و
 - که در جدول مزایای برنامه درمانی ما فهرست شده‌اند (به فصل 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید)، و
 - که آنها را با پیروی از مقررات برنامه درمانی دریافت می‌کنید.
- اگر خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش نمی‌دهد را دریافت کنید، شما شخصا هزینه کامل را پرداخت می‌کنید، مگر آنکه توسط یک برنامه Medi-Cal دیگری خارج از برنامه درمانی ما پوشش داشته باشد.
- 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 بگوییم که هزینه خدمات شما را پرداخت نخواهیم کرد، شما حق دارید که در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا شما توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما یک سرویس 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 مشتری تماس بگیرید تا بیشتر درباره حقوق خود بدانید.

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



J. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی

J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی بالینی

پژوهش بالینی (آزمون بالینی نیز خوانده می‌شود) روشی است که پزشکان انواع جدید مراقبت درمانی یا دارو را آزمایش می‌کنند. یک پژوهش تحقیقاتی بالینی تأیید شده توسط Medicare معمولاً از داوطلبین برای شرکت در پژوهش درخواست می‌کند.

زمانیکه Medicare پژوهشی که می‌خواهید در آن شرکت کنید را تصویب کند و شما اعلام علاقه‌مندی کنید، شخصی که در انجام آن پژوهش شرکت دارد با شما تماس می‌گیرد. آن شخص اطلاعاتی را در مورد پژوهش به شما می‌دهد و مشخص می‌کند که آیا برای شرکت در آن واجد شرایط هستید. شما تا زمانیکه شرایط لازم را برآورده کنید می‌توانید در پژوهش شرکت کنید. شما باید درک کنید و قبول کنید که برای پژوهش باید چه کار کنید.

شما در طول شرکت در پژوهش باید در برنامه درمانی ما عضویت داشته باشید. بدین طریق برنامه درمانی ما به پوشش خدمات و مراقبت غیرمرتبط با پژوهش ادامه می‌دهد.

اگر می‌خواهید در یک پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، لزومی ندارد به ما بگویید یا از ما یا ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه خود اجازه بگیرید. ارائه‌کنندگانی که به عنوان بخشی از پژوهش از شما مراقبت می‌کنند لزومی ندارد که ارائه‌کنندگان شبکه باشند. لطفاً توجه داشته باشید که این شامل مزایایی نیست که برنامه درمانی ما مسئول آن است که در قالب آن شامل یک آزمون بالینی یا ثبت جهت ارزیابی مزایا است. این شامل مزایای خاصی است که در قالب تعریف پوشش ملی (NCDها) و آزمون‌های دستگاه‌های تحقیقاتی (IDE) است و ممکن است مشمول مجوز قبلی و دیگر مقررات برنامه درمانی است.

ما از شما می‌خواهیم قبل از شرکت در یک مطالعه پژوهشی بالینی به ما اطلاع دهید.

اگر می‌خواهید در پژوهش بالینی باشید که توسط Original Medicare برای ثبت نام شوندگان پوشش دارد، ما از شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌خواهیم که با مرکز مشتری تماس بگیرید و به ما اطلاع دهد که شما قصد شرکت در یک آزمایش بالینی دارید.

J2. پرداخت بابت خدمات در مواردی که شما در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید

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

- هزینه اقامت و خوراک در بیمارستان که حتی اگر در پژوهش نبودید Medicare پرداخت می‌کرد.
- جراحی یا سایر عمل‌های پزشکی که بخشی از پژوهش باشند.
- مداوای هرگونه اثرات جانبی و اختلالات مراقبت جدید.

اگر شما بخشی از پژوهشی می‌باشید که Medicare تصویب نکرده است، شما هرگونه هزینه‌های مربوط به پژوهش را پرداخت می‌کنید.



J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در پژوهش بالینی، "Medicare و پژوهش بالینی" را در وبسایت Medicare مطالعه کنید (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).
در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته نیز می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE به عبارتی (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی هستند 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. مراقبت از یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی

شما برای دریافت مراقبت از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی باید یک سند قانونی را امضاء کنید که متذکر می‌شود شما مخالف دریافت مداوای پزشکی "غیرمنتظره" هستید.

- مداوای پزشکی "غیرمنتظره" هر نوع مراقبتی است که **داوطلبانه بوده** و براساس هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم نیست.
 - مداوای پزشکی "منتظره" هر نوع مراقبتی می‌باشد که **داوطلبانه نبوده** و تحت هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم است.
- برای اینکه تحت پوشش برنامه درمانی 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 جواز گرفته باشد.
- پوشش خدمات برنامه درمانی ما به جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت محدود می‌شود.
- اگر خدماتی را از این سازمان دریافت کنید که در یک مرکز درمانی ارائه شده باشد:
 - 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 یا 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. وسایل بادوام پزشکی (DME)

L1. DME به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما

DME شامل اقلام ضروری از نظر پزشکی خاصی است که توسط یک تامین کننده سفارش داده می‌شود، مثل ویلچر، چوبدستی، سیستم‌های تشک برقی، وسایل دیابت، تخت‌های بیمارستانی که یک تامین کننده برای استفاده در منزل سفارش می‌دهد، پمپ تزریق درون رگی (IV)، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

شما همیشه صاحب برخی اقلام از قبیل پروتز هستید.

در این بخش، ما در مورد DME اجاره ای شما صحبت می‌کنیم. شما به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما، معمولاً مالک DME نخواهید بود، فرقی ندارد برای چه مدت آن را اجاره کنید.

در بعضی موارد محدود، ممکن است Blue Shield TotalDual Plan مالکیت DME را بسته به آنکه آیا یکی یا تمام معیارهای زیر را دارید، به شما منتقل کند:

- شما یک نیاز پزشکی مستمر برای اقلامی که هزینه آنها کمتر از \$150 است و یا پمپ‌های تزریق/تنقیه دارید
- گواهی پزشک
- اگر وسیله یا تجهیزات طوری ساخته شده باشد که مناسب شما باشد

برای کسب اطلاعات در مورد شرایطی که باید برآورده کرده و مدارکی که لازم است ارائه کنید با خدمات مشتری تماس بگیرید.

حتی اگر شما DME را برای مدت 12 ماه متوالی، قبل از پیوستن به برنامه درمانی ما، تحت Medicare 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 یک برنامه Medicare Advantage (MA)، برنامه می‌تواند تعداد ماه‌هایی را تعیین کند که بعضی انواع DME قبل از مالکیت باید تحت اجاره باشند.

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 2024 بیابید. اگر یک نسخه از این دفترچه را در اختیار ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت (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.



اگر Medi-Cal انتخاب نشود، شما باید 13 پرداخت متوالی تحت Original Medicare داشته باشید وگرنه تعداد پرداخت‌های تعیین شده توسط برنامه MA را انجام دهید تا مالک DME شوید، اگر:

- شما هنگامیکه در برنامه درمانی ما عضو بودید، صاحب DME نشده بودید و
- شما برنامه درمانی ما را ترک کرده و مزایای Medicare خود را در خارج هرگونه برنامه درمانی در برنامه Original Medicare یا یک برنامه MA دریافت کنید.

اگر قبل از عضویت در برنامه درمانی ما، اقساطی را برای اقامت DME تحت Original Medicare یا یک برنامه MA پرداخت کرده‌اید، آن اقساط Original Medicare یا برنامه MA به حساب این 13 قسط گذاشته نمی‌شوند که شما باید پیش از ترک برنامه درمانی پرداخت کرده باشید.

- شما باید 13 پرداخت جدید متوالی تحت Original Medicare یا تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین شده توسط برنامه MA داشته باشید تا مالک DME شوید.
- استثنایی در این مورد هنگامیکه به Original Medicare یا یک برنامه MA برمی‌گردید وجود ندارد.

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو در برنامه درمانی ما

اگر شما واجد شرایط تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare و عضو برنامه درمانی ما 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 دیگر از نظر پزشکی برای شما ضرورت ندارد یا اگر شما برنامه درمانی ما را ترک کنید، باید تجهیزات اکسیژن برگردانده شود.

L4. وسایل اکسیژن در مواقعی که شما به Original Medicare یا یک برنامه Medicare Advantage (MA) تغییر می‌دهید

وقتی تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند، و شما برنامه درمانی ما را ترک کنید و به Original Medicare بروید، شما آن را به مدت 36 ماه از یک تامین کننده اجاره می‌کنید. اقساط اجاره ماهیانه شما، تجهیزات اکسیژن و وسایل و خدمات مذکور را پوشش می‌دهد.

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

- تجهیزات و وسایل اکسیژن و خدمات به مدت 24 ماه دیگر



- تجهیزات و وسایل اکسیژن به مدت تا 5 سال اگر از نظر پزشکی ضروری باشد
 - اگر تجهیزات اکسیژن هنوز از نظر پزشکی در **انتهای دوره 5 ساله** ضروری باشد:
 - تامین کننده شما دیگر ملزم به تامین آن نیست و شما می‌توانید انتخاب کنید که تجهیزات جایگزین را از تامین کننده دیگری بگیرید.
 - یک دوره 5-ساله جدید آغاز می‌شود.
 - شما برای مدت 36 ماه از یک تامین کننده دیگر اجاره می‌کنید.
 - سپس تامین کننده شما، تجهیزات و وسایل اکسیژن و خدمات را به مدت 24 ماه دیگر تامین می‌کند.
 - یک دوره جدید در صورتی هر 5 سال شروع می‌شود که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد.
- وقتی تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند، و شما برنامه درمانی ما را ترک کنید و به یک برنامه **MA** بروید، برنامه حداقل همان چیری را پوشش می‌دهد که **Original Medicare** پوشش می‌داد. 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 برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد و محدودیت یا حدود آن خدمات و مقدار پرداختی شما بابت هر سرویس توضیح می‌دهد. آن همچنین درباره مزایایی می‌گوید که تحت پوشش برنامه درمانی ما نیست. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفتراچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

اعضا جدید Blue Shield TotalDual Plan: در بیشتر موارد، شما برای دریافت مزایای Medicare خود، در روز 1 ماه بعد از درخواست ثبت نام خود در Blue Shield TotalDual Plan در Blue Shield TotalDual Plan ثبت نام خواهید شد. هنوز ممکن است شما بتوانید به مدت یک ماه دیگر، خدمات Medi-Cal خود را از برنامه درمانی Medi-Cal قبلی خود دریافت کنید. بعد از آن، شما خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield Promise Medi-Cal Plan دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. لطفاً با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



فهرست مطالب

- A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه پرداخت شده از جیب شما 65
- B. مقرراتی علیه تامین کنندگانی که از شما بابت خدمات هزینه دریافت می‌کنند 65
- C. درباره جدول مزایای برنامه درمانی ما 65
- D. جدول مزایای برنامه درمانی ما 69
- E. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه درمانی ما 136
- E1. طرح انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT) 136
- E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal 137
- E3. مراقبت قبل از فوت 138
- E4. خدمات حمایتی در خانه (IHSS) 138
- E5. برنامه‌های معافیتی خدمات برپایه جامعه و منزل (HCBS) 138
- F. این مزایا تحت پوشش طرح من، Medi-Cal یا Medicare نیست 141



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

این فصل به شما درباره خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد و مبلغ پرداختی شما بابت هر سرویس می‌گوید. شما می‌توانید اطلاعاتی را در مورد خدماتی که تحت پوشش نیستند کسب نمایید. اطلاعات درباره مزایای دارویی در **فصل 5** دفترچه اطلاعاتی اعضا شما هست. این فصل محدودیت‌های برخی از خدمات را نیز توصیف می‌کند.

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

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

B. مقرراتی علیه تامین کنندگانی که از شما بابت خدمات هزینه دریافت می‌کنند

ما به تامین کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که بابت خدمات تحت پوشش شبکه برای شما صورتحساب صادر کنند. ما مستقیماً به ارائه کنندگان خود دستمزد می‌دهیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه مطالبه شده حمایت می‌کنیم. این موضوع حتی اگر به ارائه کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه کننده برای خدمات مطالبه می‌کند صادق است.

شما هرگز نباید بابت خدمات تحت پوشش از ارائه کننده صورتحساب دریافت کنید. اگر دریافت کردید، به **فصل 7 دفترچه اطلاعاتی/اعضا خود** مراجعه کرده یا با خدمات مشتری تماس بگیرید.

C. درباره جدول مزایای برنامه درمانی ما

جدول مزایا درباره خدماتی که شما می‌گویید که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد. آن خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست کرده و آنها را توضیح می‌دهد.

ما تنها زمانی هزینه خدمات ذکر شده در جدول مزایا را پرداخت می‌کنیم که قواعد زیر برآورده شده باشند.

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را براساس مقررات وضع شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌کنیم.
- این خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و اعتیاد، خدمات و حمایت‌های بلند مدت، لوازم، وسایل و داروها است که باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. ضرورت پزشکی، خدمات، لوازم یا داروهای را توصیف می‌کند 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 آسایشگاه جلوگیری می‌کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. یک سرویس زمانی ضرورت پزشکی دارد که برای محافظت از جان، جلوگیری از بیماری شدید یا معلولیت شدید یا کاهش درد شدید ضرورت پزشکی داشته باشد.
- شما می‌توانید از ارائه کننده شبکه مراقبت دریافت کنید. ارائه کننده شبکه با ما همکاری دارد. در بیشتر موارد، مراقبتی که شما از تامین کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش داده نمی‌شود مگر آنکه اضطراری یا

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مراقبت موردنیاز فوری باشد یا مگر برنامه درمانی یا تامین کننده شبکه ما به شما معرفی شده باشد. **فصل 3** دفترچه اطلاعاتی اعضای شما، اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از شبکه و ارائه کنندگان خارج از شبکه دارد.

شما یک ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP) یا یک گروه مراقبتی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، قبل از اینکه از سایر ارائه کنندگان استفاده کنید که PCP شما نیستند یا از تامین کنندگان دیگر در شبکه برنامه درمانی استفاده کنید، PCP شما باید به شما تاییدیه بدهد. این کار ارجاع نام دارد. **فصل 3** دفترچه اطلاعاتی اعضا، اطلاعات بیشتری در مورد دریافت معرفی نامه بوده و توصیف می‌کند که چه موقع به معرفی نیاز ندارید.

ما برخی از خدماتی که در جدول مزایا ذکر شده‌اند را تنها زمانی پوشش می‌دهیم که پزشک شما یا ارائه کننده شبکه دیگری ابتدا از ما اجازه بگیرد. این کار اجازه قبلی (PA) نام دارد. ما خدمات تحت پوشش جدول مزایا که نیاز به PA دارند را به صورت ایتالیک علامت گذاشتیم.

• همه خدمات پیشگیری کننده رایگان هستند. شما این سیب 🍏 را در کنار خدمات پیشگیری کننده در جدول مزایا خواهید یافت.

• حمایت‌های جامعه محلی حمایت‌های جامعه محلی ممکن است تحت برنامه مراقبتی شخصی شده موجود باشد. حمایت‌های جامعه محلی خدمات یا موقعیت‌های جایگزین مناسب از لحاظ پزشکی و مقرون به صرفه می‌باشند. این خدمات برای اعضا اختیاری است. در صورت واجد شرایط بودن، این خدمات می‌توانند به شما کمک کنند تا مستقل تر زندگی کنید. این خدمات جایگزین مزایایی نمی‌شوند که همین حالا تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید. مثال‌های پشتیبانی که ما ارائه می‌دهیم شامل غذا و وعده‌های مناسب پزشکی یا غذاهای ویژه پزشکی، کمک به شما و مراقب شما یا میله و رمپ حمام است. مثال حمایت‌های جامعه محلی که Blue Shield TotalDual Plan در گذشته ارائه داده است، شامل: Partners in Care Foundation (بنیاد شرکای مراقبت) ویژه مدیریت پرونده، ارزیابی‌ها و خدمات در منزل و محله و LifeSpring برای تحویل غذا در منزل. 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 (800) 452-4413 یا (TTY 711) تماس بگیرید یا ارائه کننده مراقبت درمانی خود تماس بگیرید. حمایت جامعه محلی خدمات اختیاری (غیر مزایا) که Blue Shield Promise به اعضای واجد شرایط Medi-Cal عرضه می‌کند. این خدمات به اعضای فوق فراتر از خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) پشتیبانی ارائه 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 در کانتی‌های لس‌آنجلس و سن دیگو به اعضای واجد شرایط حمایت‌های جامعه محلی ارائه می‌دهد.

تغییرات فیزیکی محیط خانه افراد به منظور اطمینان از سلامت، تندرستی و ایمنی و امکان پذیرکردن فعالیت در خانه در مواردی که حمله‌های آسمی حاد ممکن است منجر به بستری یا دریافت خدمات اضطراری شود.	درمان آسم
--	-----------



خدمات گذار جامعه محلی/ گذار از مرکز پرستاری به منزل	این به اعضا کمک می‌کند در جامعه زندگی کرده و از بستری شدن بیشتر جلوگیری می‌کند.
برنامه‌های توانبخشی در طول روز	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.
سازگاری‌های دسترسی محیطی (ایجاد تغییرات در منزل)	سازگاری 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.
ودیه‌های مسکونی	اعضا در یافتن، هماهنگی، تضمین تامین مالی خدمات یکبارہ موردنیاز برای ساماندهی اولیه خانوار کمک دریافت می‌کنند.
خدمات ردیابی در گذار به مسکن	اعضا در اسکان کمک دریافت می‌کنند.
خدمات اجارمنشینی و حفظ و نگهداری مسکن	اعضا در حفظ و ثبات وضعیت اجارمنشینی بعد از یافتن مسکن کمک دریافت می‌کنند.
غذای ویژه پزشکی/غذاهای با پشتیبانی پزشکی	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.
گذار از مرکز پرستاری/تغییر به مرکز زندگی امدادی	این به اعضا کمک می‌کند در جامعه زندگی کرده و تا حد امکان از بستری شدن بیشتر جلوگیری می‌کند.
خدمات مراقبت فردی و خانهداری	خدمات اعضا در زمینه فعالیت‌های زندگی روزانه (ADLها) مثل استحمام، لباس پوشیدن، توالن رفتن، حرکت، یا تغذیه و خدمات مراقبت شخصی مثل تهیه خوراک، خرید خواربار، و مدیریت پول به اعضای کمک می‌کند که در غیر این صورت و بدون این حمایت‌ها در خانه می‌مانند.
مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)	مراقبت مسکونی کوتاه مدت برای افرادی که دیگر نیاز به بستری ندارند، اما هنوز باید از جراحت یا مصدومیت شامل بیماری‌های سلامت روانی که ممکن است در یک محیط زندگی ناپایدار بدتر شود، بهبود یابند.
خدمات استراحت ویژه مراقبین اعضای Medi-Cal	استراحت کوتاه مدت و غیرپزشکی از وظایف مراقبتی برای افرادی که از اعضای Medi-Cal مراقبت می‌کنند که نیاز به نظارت موقت متناوب دارند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

<p>یک مکان برای اعضای که نیازهای پزشکی یا رفتاری بالایی دارند و نیاز به اقامت جهت بهبود فوری بعد از یک بستری بیمارستانی یا در مرکز اقامتی ندارند.</p>	<p>مسکن کوتاه مدت و پس از بستری شدن در بیمارستان</p>
<p>مکان‌های امن و حمایتی برای اعضا جهت پاک شدن بعد از مسمومیت الکلی یا دارویی و کمک به افرادی که گرفتار بی خانمانی یا وضعیت‌های زندگی ناپایدار شده‌اند و در غیر این صورت به بخش اورژانس یا زندان اعزام خواهند شد.</p>	<p>مراکز ترک اعتیاد</p>

اطلاعات برای اعضا


- با خدمات اعضای Blue Shield Promise Health Plan در منطقه خود در روزهای هفته بین ساعت 8:00 a.m. تا ساعت 6 بعد از ظهر تماس بگیرید:
Los Angeles: (800) 605-2556 / San Diego: (855) 699-5557
- با شماره (800) 430-4236 (800) 430-7077 (TTY) با Health Care Options (HCO) تماس بگیرید
- برای اطلاعات بیشتر از اداره خدمات مراقبت سلامت (Department of Health Care Services) بازدید کنید: <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandLOS.aspx>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



D. جدول مزایای برنامه درمانی ما

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p style="text-align: center;">معاینه تشخیص آنوریسم آنورت شکمی</p> <p>ما تنها یکبار برای معاینه تشخیصی اولتراسوند برای اشخاص در معرض خطر پرداخت می‌کنیم. برنامه درمانی این غربالگری را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که شما عوامل خطر خاصی داشته باشید یا اگر از یک پزشک، دستیار پزشک، پرستار درمانگر یا متخصص پرستاری کلینیک برای آن معرفی‌نامه دریافت کنید.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)


اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>طب سوزنی</p> <p>ما در هر ماه تقویمی بابت تا دو سرویس طب سوزنی سرپایی یا اگر ضرورت پزشکی داشته باشند، بیشتر هزینه پرداخت می‌کنیم.</p> <p>همچنین اگر درد مزمن پایین کمر دارید، ما بابت تا 12 ویزیت طب سوزنی در 90 روز هزینه پرداخت می‌کنیم، که به این صورت تعریف می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ادامه به مدت 12 هفته یا بیشتر؛ • خاص نباشد (علامت سیستماتیکی نداشته باشد که امکان شناسایی داشته باشد، مثلاً با بیماری‌های متاستازکننده، التهابی یا عفونی مرتبط نباشد)؛ • به جراحی مرتبط نباشد؛ و • به بارداری مرتبط نباشد. <p>به علاوه، در صورت علام بهبودی، ما بابت هشت جلسه طب سوزنی مربوط به درد مزمن پایین کمر هزینه پرداخت می‌کنیم. شما نمی‌توانید در سال بیش از 20 درمان طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر دریافت کنید.</p> <p>اگر بهتر نشوید یا اگر بدتر شوید، درمان‌های طب سوزنی باید متوقف شوند.</p> <p>مزایا از طریق قرارداد با American Specialty Health Plans of California, Inc. ارائه می‌شوند. (برنامه‌های ASH). برای اطلاعات بیشتر، یا برای یافتن تامین کنندگان برنامه‌های ASH، شما می‌توانید با برنامه‌های ASH با شماره (800) 678-9133، [TTY: 710-2746 (877)]، دوشنبه تا جمعه 5:00 a.m. تا 6:00 p.m. تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضای Blue Shield TotalDual Plan تماس گرفته یا به blueshieldca.com/find-a-doctor مراجعه کنید تا یک تامین کننده عضو برنامه های ASH را بیابید.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>خدمات تله هلث بیشتر</p> <p>Teladoc مشورت با پزشک از طریق تلفنی یا ویدئویی به صورت 365/7/24 رایج می‌دهد. پزشکان Teladoc می‌توانند بیماری های پزشکی پایه را تشخیص و درمان کنند و همچنین می‌توانند داروهای خاصی را تجویز کنند. Teladoc یک سرویس تکمیلی است که هدف آن جایگزینی پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیست. لطفا وارد Blue Shield of California into blueshieldca.com/teladoc یا برنامه Blue Shield of California شوید و درخواست یک وقت ویزیت کنید. اگر سوالی دارید، می‌توانید با Teladoc از طریق شماره [TTY: 711] (1-800-835-2362)، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>	
\$0	<p>معاینه تشخیص و مشاوره سوء استفاده از الکل</p> <p>ما هزینه یک معاینه تشخیص سوء مصرف از الکل (SBIRT) را برای بزرگسالانی پرداخت می‌کنیم که سوء مصرف الکل دارند ولی متکی به الکل نیستند. این موضوع شامل زنان باردار می‌شود.</p> <p>اگر معاینه تشخیصی شما برای سوء مصرف از الکل مثبت باشد، می‌توانید حداکثر چهار جلسه مشاوره رو در رو در سال را با ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) یا کاروری در محیط مراقبت‌های اصلی دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هوشیار باشید).</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>خدمات آمبولانس</p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش 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 آنقدر 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 به تصویب ما برسد. در مواردی که اضطراری نیست، ما 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>	
\$0	<p>معاینه بدنی سالانه</p> <p>شما برای یک معاینه بدنی سالانه روتین در هر 12 ماه، علاوه بر ویزیت تندرستی خود پوشش دارید. این ویزیت شامل بررسی جامع سابقه خانوادگی و پزشکی شما، ارزیابی دقیق سر تا پا و دیگر خدمات و توصیه‌های مقتضی است.</p>	
\$0	<p>ویزیت تندرستی سالانه</p> <p>شما می‌توانید یک معاینه چک آپ 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 پرداخت می‌کنیم.</p> <p>توجه: اولین ویزیت تندرستی سالانه شما نمی‌تواند ظرف 12 ماه از ویزیت به Medicare خوش آمدید شما باشد. البته، بعد از آنکه به مدت 12 ماه بخش B را داشتید، نیاز نیست که شما ویزیت به Medicare خوش آمدید را انجام داده باشید تا مشمول ویزیت‌های تندرستی سالانه شوید.</p>	
\$0	<p>خدمات پیشگیرانه آسم</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>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>اندازه گیری توده استخوان</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 روال‌ها 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 یا به دفعات بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت می‌کنیم. ما دستمزد پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز پرداخت می‌کنیم.</p>	
\$0	<p>معاینه تشخیص سرطان سینه (ماموگرام)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک ماموگرام پایه در سنین بین 35 و 39 سال • یک ماموگرام تشخیصی هر 12 ماه برای زنان به در سن 40 سال به بالا • معاینات سینه بالینی هر 24 ماه 	
\$0	<p>خدمات توانبخشی قلبی</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 معرفی پزشک داشته باشند.</p> <p>ما همچنین هزینه برنامه‌های توانبخشی قلبی ویژه را پوشش می‌دهیم که از برنامه‌های توانبخشی قلبی پرتنش‌تر است.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>ویزیت کاهش خطر بیماری قلب و عروق</p> <p>ما هزینه یک ویزیت در سال یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی را با ارائه کننده 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"> • درباره استفاده از اسپرین صحبت کند، • فشار خون شما را کنترل کند، و یا • به شما راهنمایی‌هایی را ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می‌خورید. 	
\$0	<p>آزمایش بیماری قلب و عروق (بیماری قلبی)</p> <p>ما هزینه آزمایشات خون برای کنترل بیماری قلب و عروق را هر پنج سال یکبار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسائی های مربوط به افزایش خطر بیماری قلبی را نیز کنترل می‌کنند.</p>	
\$0	<p>معاینه تشخیصی سرطان دهانه رحم و واژن</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای همه زنان: آزمایشات پپ و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه • برای زنانی که در معرض افزایش خطر سرطان دهانه رحم یا واژن قرار دارند: یک آزمایش پپ هر 12 ماه • برای زنانی که یک آزمایش پپ غیر عادی در سه سال گذشته داشته‌اند در سن بچه دار شدن هستند: یک آزمایش پپ هر 12 ماه • ویژه زنان 30-65 سال: ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش Pap و HPV، یکبار در هر 5 سال 	
\$0	<p>خدمات کاپروپراکتیک (تحت پوشش Medicare)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دستکاری دستی ستون فقرات برای اصلاح سابلوکسایون 	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0 (پوشش محدود به 12 ویزیت در سال بابت خدمات فاقد پوشش Medicare است.)</p>	<p>خدمات کایروپراکتیک (فاقد پوشش Medicare)</p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینات اولیه و بعدی • ویزیت در مطب و اصلاحات کایروپراکتیک • درمان‌های کمکی • تصویربراری با اشعه ایکس (فقط کایروپراکتیک) <p>مزایا از طریق قرارداد با American Specialty Health Plans of California, Inc. ارائه می‌شوند. (برنامه‌های ASH). برای اطلاعات بیشتر، یا برای یافتن تامین کنندگان برنامه‌های ASH، شما می‌توانید با برنامه‌های ASH با شماره (800) 678-9133، [TTY: (877) 710-2746] دوشنبه تا جمعه، 5:00 a.m. تا 6:00 p.m. تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضای Blue Shield TotalDual Plan تماس گرفته یا به blueshieldca.com/find-a-doctor مراجعه کنید تا یک تامین کننده عضو برنامه های ASH را بیابید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود. خدمات مشتری</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p style="text-align: center;">معاینه تشخیص سرطان کولورکتال</p> <p style="text-align: center;">ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کولونوسکوپی هیچ محدودیت سنی حداقل یا حداکثری ندارد و یک بار در هر 120 ماه (10 سال) برای بیماران غیر پرخطر یا 48 ماه بعد از یک سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر در بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال هستند و یک بار در هر 24 ماه برای بیماران پرخطر بعد از یک کولونوسکوپی یا غربالگری قبلی یا تنقیه باریوم پوشش دارد. • سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. یکبار در هر 120 ماه برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند، بعد از آنکه بیمار یک کولونوسکوپی غربالگری انجام داد. یکبار در هر 48 ماه برای بیماران پرخطر بعد از آخرین سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا تنقیه باریوم • غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. یکبار در هر 12 ماه. • DNA مدفوع چندمنظوره برای بیماران 45 تا 85 سالی که معیار پرخطر را ندارند. یکبار در هر 3 سال. • آزمایش‌های بیومارکر مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 سال که معیار پرخطر را ندارند. یکبار در هر 3 سال. • تنقیه باریوم به عنوان جایگزین کولونوسکوپی برای بیماران در معرض خطر بالا و 24 ماه بعد از آخرین غربالگری تنقیه باریوم یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری. • تنقیه باریوم به عنوان یک سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند و 45 سال یا بالاتر دارند. یکبار در حداقل 48 ماه بعد از آخرین غربالگری تنقیه باریوم یا غربالگری سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر. <p>از 1 ژانویه 2023، آزمایش‌های غربالگری سرطان کلورکتال شامل غربالگری کولونوسکوپی پیگیری بعد از نتیجه مثبت یک غربالگری سرطان کلورکتال غیرتهاجمی مبتنی بر مدفوع تحت پوشش Medicare است.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>خدمات محلی برای افراد بالغ (Community Based Adult Services, CBAS)</p> <p>برنامه خدماتی برای بیماران سرپایی است که اشخاص برطبق جدول زمانی در آن شرکت می‌کنند. این برنامه مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان (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 برآوری ضوابط واجد شرایط بودن هزینه CBAS را پرداخت می‌کنیم.</p> <p>توجه: اگر مرکز CBAS موجود نیست، ما می‌توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>برای مشاهده فهرست درمان‌های دندانپزشکی تحت پوشش و مبلغی که پرداخت می‌کنید، جدول درمان‌های مزایای دندانپزشکی عادی را در انتهای جدول مزایای پزشکی ببینید.</p>	<p>خدمات دندانپزشکی</p> <p>ما بابت برخی خدمات دندانپزشکی مشخص از جمله ولی نه محدود به جرم‌گیری، پرکردن و دندان مصنوعی، هزینه پرداخت می‌کنیم. مواردی که ما پوشش نمی‌دهیم از طریق Medi-Cal Dental Program، موجود است که در F2 زیر تشریح شده است.</p> <p>ما بابت بعضی خدمات دندانپزشکی در مواردی پرداخت می‌کنیم که سرویس بخش اساسی یک درمان خاص مرتبط با وضعیت پزشکی اولیه ذی نفع است. برای مثال، بازسازی فک بعد از شکستگی یا مصدومیت، کشیدن دندان به منظور آمادگی برای درمان رادیوتراپی سرطانی که فک را درگیر کرده یا معاینات دندان‌های بعد از پیوند کلیه.</p> <p>بعضی خدمات دندانپزشکی خاص شامل ولی نه محدود به جرم‌گیری، پرکردن و دندان مصنوعی، از طریق Medi-Cal Dental Program یا Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal موجود هستند.</p> <p>به طور کلی، خدمات دندانپزشکی پیشگیرانه (مثل جرم‌گیری، معاینات عادی دندانپزشکی و تصویربرداری با اشعه ایکس دندان‌ها) تحت پوشش Original Medicare نیست. ما بعضی خدمات روتین و جامع دندانپزشکی را پوشش می‌دهیم. برای دریافت فهرست درمان‌های تحت پوشش دندانپزشکی، جدول درمان‌های مزایای دندانپزشکی عادی را در انتهای جدول مزایای پزشکی برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره روش دسترسی به این خدمات ببینید.</p> <p>سهم‌های ثابت مندرج در جدول درمان‌های مزایای دندانپزشکی فقط در صورتی در رابطه با خدمات اعمال می‌شود که حسب ضرورت توسط یک دندانپزشک شبکه تحت عنوان یک درمان لازم، مناسب و شایسته برای وضعیت دندان‌های شما تجویز شده باشد.</p> <p>ممکن است همه مزایا برای همه مناسب نباشند. شما باید برای تعیین مراقب مناسب خود، به شبکه دندانپزشک خود تکیه کنید. شبکه ارائه‌کنندگان دندان‌ها، فقط یک شبکه دندانپزشک عمومی است؛ هیچ متخصصی در شبکه نیست.</p> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>معاینه تشخیص افسردگی</p> <p>ما هزینه یک معاینه تشخیص افسردگی را در هر سال پرداخت می‌کنیم. این معاینه تشخیص باید در یک محیط مراقبت‌های درمانی اصلی انجام شود که بتواند مداوا و یا ارجاعات بعدی را ارائه کند.</p>	
\$0	<p>معاینه تشخیص بیماری قند</p> <p>ما هزینه این معاینه تشخیص (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"> • فشار خون بالا • تاریخچه میزان غیرعادی کلسترول و تری‌گلیسیرید • چاقی • تاریخچه قند خون بالا (گلوکز) <p>آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر از قبیل اینکه مبتلا به اضافه وزن و تاریخچه خانوادگی مرض قند باشید تحت پوشش باشند.</p> <p>بستگی به نتایج آزمایش، ممکن است برای حداکثر دو معاینه تشخیص مرض قند در هر 12 ماه واجد شرایط باشید.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
<p>\$0</p> <p>در رابطه مانیتورهای گلوکز خون، لطفاً به بخش «تجهیزات بادوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه» زیر مراجعه کنید.</p>	<p>آموزش، خدمات و لوازم برای خود مدیریت مرض قند</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را برای همه اشخاص مبتلا به مرض قند پرداخت می‌کنیم (صرفنظر از آنکه از انسولین استفاده کنند یا نکنند):</p> <ul style="list-style-type: none"> • لوازم کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون شامل لوازم زیر: <ul style="list-style-type: none"> ○ دستگاه کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون ○ نوارهای آزمایش گلوکز/قند خون ○ تیغ و وسایل مربوطه ○ محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل • برای اشخاص مبتلا به مرض قند که به بیماری شدید مرض قند یا پا مبتلا هستند، هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنیم: <ul style="list-style-type: none"> ○ یک جفت کفش سفارشی طبی (شامل توکفشی)، شامل دو بار امتحان کردن و دو جفت توکفشی اضافی در هر سال تقویمی، یا ○ یک جفت کفش عمق‌دار، شامل دو بار امتحان کردن و سه جفت توکفشی در سال (شامل توکفشی‌های برداشتنی غیرسفرارشی نمی‌شود که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند) • در بعضی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک در مدیریت مرض قند شما را در برخی موارد پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتری تماس بگیرید. <p>تولیدکننده ترجیحی نوارهای آزمایش و مانیتور گلوکز خون، Abbot است. نوار آزمایش FreeStyle® (تولید Abbott) و مانیتورهای گلوکز خون نیاز به دریافت تاییدیه قبلی (گاهی مجوز قبلی) توسط پزشک شما از برنامه درمانی ندارند. نوار آزمایش و مانیتورهای گلوکز خون سایر تولیدکنندگان نیاز به دریافت تاییدیه قبلی (گاهی مجوز قبلی) توسط پزشک شما از برنامه درمانی دارند.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>خدمات قابله</p> <p>ما به افرادی که باردار هستند، تعداد ۹ ویزیت با قابله در دوره بارداری و بعد از زایمان و همچنین پشتیبانی در طول زایمان و وضع حمل ارائه می‌کنیم.</p>
<p>\$0</p> <p>مانیتورهای گلوکز خون: 0\$ بابت مانیتورهای گلوکز خون FreeStyle® و 20% سهم درصدی بابت مانیتورهای گلوکز خون سایر تولیدکنندگان.</p> <p>هر بار که تجهیزات اکسیژن تحت پوشش دریافت می‌کنید، سهم هزینه شما بابت پوشش تجهیزات اکسیژن Medicare برابر با \$0 است.</p>	<p>تجهیزات با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه</p> <p>برای تعریف «تجهیزات بادوام پزشکی (DME)» به فصل 12 دفترچه اطلاعاتی اعضای خود مراجعه کنید.</p> <p>اقلام زیر را تحت پوشش قرار می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ویلچر، شامل ویلچر برقی • چوب زیر بغل • سیستم‌های تشک برقی • پد فشار خشک ویژه تشک • لوازم بیماری قند • تخت‌های بیمارستانی که توسط تامین کننده برای استفاده در منزل سفارش داده شده‌اند • پمپ تزریق درون رگی (IV) و میله • دستگاه‌های تولید گفتار • تجهیزات و وسایل اکسیژن • افشانه پراکن • واکر • عصای استاندارد یا چوب زیربغل چهارچرخ و لوازم جایگزینی • کشش گردن (آویز به در) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت دیالیز <p>اقلام دیگری ممکن است تحت پوشش باشند.</p> <p>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>تجهیزات با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه (ادامه)</p> <p>ما هزینه همه DME دارای ضرورت پزشکی که معمولاً Medicare و Medi-Cal بابت آنها هزینه پرداخت می‌کند را می‌پردازیم. اگر تامین کننده 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>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0</p> <p>اگر شما در یک بیمارستان خارج از شبکه مراقبت اضطراری دریافت کنید و بعد از ثبات وضعیت اضطراری خود نیاز به مراقبت بستری داشته باشید، باید جهت ادامه پرداخت، برای ادامه مراقبت خود به بیمارستان شبکه برگردید. شما می‌توانید فقط در صورتی برای مراقبت بستری در یک بیمارستان خارج از شبکه بمانید که برنامه درمانی ما، اقامت شما را تایید کرده باشد.</p> <p>20% سهم درصدی برای پوشش اضطراری جهانی (معافیت از سهم درصدی در صورت بستری شدن در بیمارستان در یک روز به دلیل همان بیماری)</p>	<p>مراقبت اضطراری</p> <p>مراقبت اضطراری یعنی خدماتی که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توسط ارائه‌کننده‌ای عرضه می‌شوند که برای خدمات اضطراری آموزش دیده است، و • برای مداوای وضعیت اضطراری پزشکی لازم هستند. <p>وضعیت اضطراری پزشکی یک عارضه پزشکی به همراه درد شدید یا مصدومیت وخیم می‌باشد. این عارضه آنقدر جدیست که اگر فوراً تحت مداوای پزشکی قرار نگیرید، هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل بهداشتی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند زاده نشده شما؛ یا • آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا • سوء عملکرد جدی هر اندام یا عضو بدن. • در مورد زنان باردار در حین وضع حمل، وقتی که: <ul style="list-style-type: none"> ○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود ندارد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامتی و ایمنی شما یا کودک زاده نشده شما را در معرض خطر قرار دهد. <p>*پوشش جهانی</p> <p>شما هر سال محدودیت ترکیبی سالیانه برای خدمات مراقبت اضطراری یا خدمات با نیاز فوری، در خارج از ایالات متحده ندارید.</p> <p>*خدمات در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>خدمات تنظیم خانواده</p> <p>قانون به شما اجازه می‌دهد تا هر ارائه‌کننده‌ای - چه تامین‌کننده داخل شبکه یا خارج از شبکه - را برای خدمات تنظیم خانواده خاص انتخاب کنید. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینه تنظیم خانواده و مداوای پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایشات تشخیص • روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD، کاشت، تزریق، قرص‌های کنترل بارداری، پیچ، یا حلقه) • لوازم و نسخه تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مربوطه • مشاوره، آزمایش و مداوا برای عفونت‌های انتقال‌یابنده از راه جنسی (STI) • مشاوره و آزمایش HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV. • عقیم‌سازی دائمی (شما باید 21 سال به بالا باشید تا این روش تنظیم خانواده را انتخاب کنید.) شما باید یک فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را حداقل 30 روز، ولی کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضا کنید.) • مشاوره ژنتیک <p>ما هزینه برخی خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. ولی شما باید به ارائه‌کننده‌ای در شبکه ارائه‌کنندگان ما برای خدمات زیر استفاده کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی باردار شدن نمی‌شود.) • مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV • آزمایش ژنتیک

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی </p> <p>ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض بهداشتی خاصی تمرکز دارند. شامل موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلاس‌های آموزش‌های بهداشتی؛ • کلاس‌های آموزش‌های تغذیه؛ • ترک سیگار و استفاده از توتون؛ و • خط تلفن پرستاری <p>برنامه‌هایی برای کمک به شما در حفظ سلامت. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای مطالب آموزش‌های بهداشتی کتبی، از جمله خبرنامه درخواست کنید. • برنامه‌های آموزشی <p>برنامه‌های آموزشی که بر روی عوارض بهداشتی تمرکز دارند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشار خون بالا • کلسترول • آسم • رژیم ویژه <p>برنامه‌های آموزشی که با هدف تقویت سلامت و سبک زندگی شما طراحی شده‌اند، شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مدیریت وزن • تناسب اندام • مدیریت استرس <p>NurseHelp 24/7</p> <p>گفتگوی محرمانه تک-به-تک با پرستار رسمی، 24 ساعت در روز. 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>تماس با شماره 1-877-304-0504 (TTY: 711)</p> <p>24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.</p> <p>این بخش در صفحه بعد ادامه دارد.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی (ادامه)</p> <p>تناسب اندام SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers می‌تواند به شما کمک کند سالم تر زندگی کنید و با تناسب اندام و روابط اجتماعی زندگی فعال‌تری داشته باشید. شما از طریق مکان‌های مشارکت‌کننده¹ در SilverSneakers، به مزیت تناسب اندام دسترسی دارید. شما به مربیانی دسترسی دارید که کلاس‌های² گروهی ورزشی با طراحی خاص را هدایت می‌کنند. شما می‌توانید در مکان‌های¹ مشارکت‌کننده در سطح کشور، کلاس² بردارید و از تجهیزات ورزشی و دیگر تسهیلات استفاده کنید. به علاوه، SilverSneakers FLEX® گزینه فعالیت در خارج از باشگاه‌های سنتی (مثل مراکز تفریحی، فروشگاه‌های بزرگ و پارک) را می‌دهد. SilverSneakers همچنین از طریق SilverSneakers LIVE™، ویدئوهای SilverSneakers On-Demand™ و برنامه تلفن همراه ما، SilverSneakers GO™، شما را به شبکه پشتیبانی و کلاس‌های مجازی متصل می‌کند. همچنین شما به Stitch³ یک سایت اجتماعی آنلاین ویژه سالمندان دسترسی دارید که می‌توانید در فعالیت‌ها و رویدادهای آن به صورت حضوری یا آنلاین شرکت کنید. تنها چیزی که برای شروع نیاز دارید شماره شناسایی SilverSneakers شما است. به Silversneakers.com بروید تا بیشتر درباره مزایای خود بدانید یا با [TTY: 711] 1-888-423-4632، دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت شرقی تماس بگیرید.</p> <p>همیشه قبل از شروع برنامه تمرینی با پزشک خود صحبت کنید.</p> <p>مکان‌های مشارکت‌کننده¹ ("PL") تحت مالکیت یا اداره Tivity Health, Inc. یا وابستگان آن نیستند. استفاده از تسهیلات و امکانات PL محدود به شرایط و ضوابط عضویت پایه PL است. تسهیلات و امکانات در هر PL متفاوت است.</p> <p>² عضویت شامل کلاس‌های تندرستی گروه با هدایت مربی SilverSneakers می‌شود. بعضی مکان‌ها کلاس‌های دیگری به اعضا ارائه می‌دهند. کلاس‌ها در هر مکان فرق دارند.</p> <p>این بخش در صفحه بعد ادامه دارد.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی (ادامه)</p> <p>Stitch³ یک تامین کننده ثالث است و تحت مالکیت یا مدیریت Tivity Health یا وابستگان آن نیست. اعضای SilverSneakers باید برای دسترسی به خدمات Stitch به اینترنت دسترسی داشته باشند. هزینه سرویس اینترنت به عهده عضو SilverSneakers است.</p> <p>سیستم پاسخ اضطراری شخصی (Personal Emergency Response System, PERS) - یک سیستم پایش هشدار پزشکی است که با فشردن یک دکمه، دسترسی 7/24 برای کمک ایجاد می‌کند. مزایای PERS شما توسط LifeStation® تامین می‌شود و شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● یک سیستم پاسخ اضطراری شخصی ● انتخاب یک سیستم خانگی یا دستگاه همراه با GPS/WiFi و ردیابی افتادن ● پایش ماهیانه ● شارژرها و سیم‌های ضروری <p>برای دریافت PERS و شروع دریافت خدمات، با تیم LifeStation به صورت 7/24 با شماره (TTY:711) 1-855-672-3269 تماس بگیرید یا از blueshieldca.com/PERS بازدید کنید.</p> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>• \$0 برای هر معاینه شنوایی تحت پوشش Medicare.</p> <p>• \$0 برای هر معاینه شنوایی عادی (فاقد پوشش Medicare)</p> <p>• شما هر سال تا \$2,000 بابت دو وسیله کمک شنیداری و دو بار امتحان کردن وسیله کمک شنیداری و ارزیابی بازپرداخت هزینه خواهید داشت (مربوط به هر دو گوش با هم).</p> <p>* هزینه وسایل کمک شنیداری برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> <p>شما می‌توانید وسایل کمک شنیداری را از تامین کننده منتخب خود دریافت کنید.</p>	<p>خدمات شنوایی</p> <p>ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن انجام شده توسط ارائه کننده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به مداوای پزشکی نیاز دارید. هنگامیکه این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، آنها تحت پوشش مراقبت بیماران سرپایی می‌باشند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینات شنوایی و تعادل تشخیصی توسط PCP شما برای تعیین آنکه آیا شما نیاز به درمان پزشکی دارید، در صورت ارایه توسط یک پزشک، شنوایی سنج، یا متخصص مجرب دیگر، تحت عنوان مراقبت سرپایی پوشش دارند. • معاینات شنوایی عادی (فاقد پوشش Medicare) • سمعک* <p>اگر باردار هستید یا در آسایشگاه زندگی می‌کنید، ما هزینه سمعک را نیز پرداخت می‌کنیم که شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قالب، لوازم و جاسازی • تعمیری که بیش از \$25 برای هر تعمیر هزینه داشته باشد. • یک مجموعه باتری‌های اولیه • شش بازدید برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری با همان فروشنده بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید. • دوره اجاره آزمایشی سمعک • دستگاه‌های کمک شنیداری، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی که روی سطح پوشیده می‌شوند • خدمات شنوایی سنجی و بعد از ارزیابی مرتبط با وسیله کمک شنیداری <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>معاینه تشخیص HIV</p> <p>ما هزینه یک معاینه تشخیص HIV را در هر 12 سال برای اشخاص زیر پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای آزمایش معاینه تشخیص HIV درخواست کنند، یا • در معرض افزایش خطر ابتلا به HIV باشند. <p>برای زنان باردار، ما هزینه حداکثر سه آزمایش معاینه تشخیص HIV را در طول بارداری پرداخت می‌کنیم.</p> <p>ما همچنین هزینه معاینه تشخیص HIV در صورت توصیه توسط تامین‌کننده شما را نیز پرداخت می‌کنیم.</p>	
\$0 بابت هر ویزیت سلامت تحت پوشش در خانه	<p>مراقبت سازمان درمانی در منزل</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.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات پرستاری ماهرانه نیمه وقت یا مقطعی و خدمات مراقبت درمانی در خانه (جهت پوشش از طریق مزیت مراقبت درمانی در خانه خواهد بود، خدمات پرستاری ماهرانه و خدمات مراقبت درمانی در خانه شما باید در مجموع کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.) • ورزش درمانی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • لوازم و وسایل پزشکی 	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0 بابت هر ویزیت تزریقی درمانی در خانه تحت پوشش</p>	<p>درمان‌های تزریقی در خانه</p> <p>برنامه درمانی ما بابت درمان‌های تزریقی در خانه پرداخت می‌کند که به صورت دارو یا مواد بیولوژیکی تعریف می‌شود که به رگ یا زیر پوست تزریق می‌شود و در خانه به شما ارائه می‌شود. برای تزریق در خانه، به موارد زیر نیاز است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دارو یا ماده بیولوژیکی، مثل ضدویروس یا گلوبولین ایمنی؛ • تجهیزات، مثل پمپ؛ و، • لوازم مثل لوله یا کاتتر. <p>برنامه درمانی ما تزریق در خانه را پوشش می‌دهد که شامل موارد زیر باشد اما محدود به آنها نمی‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات تخصصی، شامل خدمات پرستاری، ارائه شده طبق برنامه مراقبتی شما؛ • آموزش و تعلیمی که قبلاً در مزیت DME وجود نداشت؛ • پایش از راه دور؛ و، • خدمات پایشی برای تامین تزریق درمانی در خانه و داروهای تزریقی در خانه که توسط یک تامین کننده تزریق درمانی در خانه واجد شرایط تامین شده‌اند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0 بابت هر تحویل غذا در منزل تحت پوشش</p>	<p>تحویل غذا در منزل</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"> • 22 وعده غذایی و 10 میان وعده در هر ترخیص • غذا و میان وعده حسب نیاز تا سه تحویل جداگانه تقسیم خواهند شد. • پوشش محدود به دو ترخیص در سال است <p>برای اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual 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>مراقبت قبل از فوت</p> <p>اگر ارائه کننده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما پیش نشانه‌های پایان زندگی را دارید، شما حق انتخاب آسایشگاه بیماران رو به فوت را دارید. این بدان معناست که شما یک بیماری لاعلاج دارید و انتظار می‌رود که 6 ماه یا کمتر زنده بمانید. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به فوت مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. برنامه درمانی ما باید به شما کمک کند تا آسایشگاه‌های بیماران رو به فوت دارای گواهی Medicare را در منطقه خدماتی برنامه درمانی ما پیدا کنید. پزشک آسایشگاه بیماران رو به فوت شما می‌تواند یک ارائه کننده شبکه یا ارائه کننده خارج از شبکه باشد.</p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهای برای مداوای علائم بیماری و درد • مراقبت موقت کوتاه مدت • مراقبت در منزل <p>این بخش در صفحه بعد ادامه دارد.</p>


OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>مراقبت قبل از فوت (ادامه)</p> <p>صورت‌حساب خدمات آسایشگاه بیماران رو به فوت و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که مربوط به پیش‌نشانه‌های پایان زندگی شما می‌شود برای Medicare صادر می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش F این فصل مراجعه کنید. <p>برای خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیست:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برنامه درمانی ما، خدمات تحت پوشش برنامه درمانی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیست را پوشش خواهد داد. ما خدمات را علیرغم اینکه به تشخیص‌های شما مربوط باشند یا نباشند پوشش می‌دهیم. شما هزینه‌ای را برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید. <p>برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای طرح Medicare بخش D باشند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروها هرگز تحت پوشش به‌طور هم‌زمان توسط آسایشگاه بیماران رو به فوت و برنامه درمانی ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید. <p>توجه: اگر به مراقبت‌هایی غیر از مراقبت قبل از فوت نیاز دارید، با هماهنگی‌کننده مراقبت خود و یا خدمات مشتری تماس بگیرید تا اقدامات لازم برای این خدمات را ترتیب دهد. مراقبت غیر قبل از فوت به تشخیص‌های شما مربوط نمی‌شود.</p> <p>برنامه ما خدمات مشاوره آسایشگاه بیماران رو به فوت (فقط یکبار) را برای اعضای که بیماری لاعلاج دارد و مزایای آسایشگاه بیماران رو به فوت را انتخاب نکرده پوشش می‌دهد.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
<p>\$0 بابت ایمن سازی‌های تحت پوشش Medicare بخش B</p>	<p>واکسیناسیون</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکسن ذات‌الریه • واکسن آنفولانزا، یکبار در هر فصل در پاییز و زمستان، با واکسن آنفولانزا دیگر در صورت ضرورت پزشکی • واکسن هیپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هیپاتیت B هستید. • واکسن کووید-19 • سایر واکسن‌ها اگر در معرض خطر هستید و مقررات پوشش Medicare بخش B را برآورده می‌کنند. <p>ما هزینه سایر واکسن‌هایی که مقررات پوشش Medicare بخش D را برآورده می‌کنند را پرداخت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 6 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.</p> <p>همچنین ما هزینه همه واکسن‌های بزرگسالان را طبق توصیه کمیته مشورتی روال‌های واکسیناسیون (ACIP) پرداخت می‌کنیم.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0</p> <p>شما باید بعد از اینکه وضعیت اضطراری شما تثبیت شد، اجازه برنامه درمانی ما را برای دریافت مراقبت بیماران بستری در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید.</p>	<p>مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان</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"> • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی) • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری عادی • هزینه بخش‌های مراقبت ویژه از قبیل بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش‌های مراقبت از قلب • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • پرتوبرداری با اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی ضروری • وسایلی از قبیل صندلی چرخدار • خدمات اتاق جراحی و ریکاوری • ورزش درمانی، کاردرمان و گفتار درمانی • خدمات اعتیاد بیماران بستری • در برخی موارد، انواع پیوند اندام زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چند اندام. <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. ارائه کنندگان پیوند اندام ممکن است محلی یا در خارج منطقه خدماتی باشند. اگر ارائه کنندگان پیوند اندام محلی حاضر باشند که نرخ Medicare را قبول کنند، آن وقت شما می‌توانید خود را بپذیرید.</p> <p>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان (ادامه)</p> <p>خدمات پیوند محلی یا خارج از الگوی مراقبت محله شما. اگر برنامه درمانی ما خدمات پیوند اندام را در خارج از الگوی مراقبت گروه 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"> • خون، شامل ذخیره سازی و توزیع • خدمات پزشک <p>توجه: برای بستری، تامین کننده شما باید یک دستور برای پذیرش رسمی شما به عنوان بستری در بیمارستان بنویسد. حتی اگر، شب در بیمارستان بمانید، ممکن است هنوز «سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که آیا بستری هستید یا سرپایی، باید از کارکنان بیمارستان سوال کنید.</p> <p>همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعاتی Medicare به اسم «آیا بستری در بیمارستان هستید یا سرپایی؟ اگر Medicare دارید- سوال کنید!» بیابید. این برگه اطلاعاتی در وبسایت ما به آدرس www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf or by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) موجود است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید. شما می‌توانید رایگان با این شماره‌ها، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.</p> <p>† پیوند تنها زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه کننده شبکه، از قبل تاییدیه (گاهی «مجوز قبلی») نامیده می‌شود) از ما دریافت کند.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات بستری در بیمارستان روانی</p> <p>ما هزینه خدمات مراقبت بهداشت روانی که نیاز به اقامت در بیمارستان دارند را پرداخت می‌کنیم.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● اگر به خدمات بیماران بستری در یک بیمارستان روانپزشکی خودایستا نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. بعد از آن، سازمان بهداشت روانی 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. ○ محدوده 190 روزه به خدمات بهداشت روانی بیماران بستری که در مرکز روانپزشکی بیمارستان عمومی ارائه می‌شود مربوط نمی‌شود ● اگر 65 سال به بالا سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در انستیتیوی بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت می‌کنیم.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>اقامت در بیمارستان خدمات تحت پوشش در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در مدت اقامت بستری غیر تحت پوشش</p> <p>اگر شما از همه مزیت بستری خود استفاده کرده باشید یا اگر اقامت شما منطقی و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه اقامت 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 مشتری تماس بگیرید.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات پزشک • آزمایشات تشخیصی، از قبیل تست‌های آزمایشگاهی • پرتونگاری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین • پانسمان جراحی • تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسائل استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی • وسائل پروتز و ارتوتیک به غیر از دندانپزشکی شامل جایگزینی یا تعمیر چنین وسائلی. این‌ها وسائلی هستند که جایگزین همه یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> ○ اندام داخلی بدن (شامل بافت مجاور) را جایگزین می‌کنند، یا ○ عملکرد اندام داخلی بدن که غیر قابل جراحی است یا درست کار نمی‌کند را جایگزین می‌کنند. • ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، 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. • ورزش درمانی، گفتار درمانی و کاردرمانی



OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>خدمات و لوازم بیماری کلیه</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات ارزیابی بیماری کلیه برای آموزش مراقبت کلیه و کمک به شما تا تصمیمات خوبی را در مورد مراقبت خود اتخاذ کنند. 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. • مداوای دیالیز بیماران سرپایی شامل مداوای دیالیز هنگامی که موقتاً در خارج منطقه خدماتی هستید، همانگونه که در فصل 3، دفترچه اطلاعاتی اعضا شما ذکر شده است یا زمانی که تامین کننده این سرویس شما موقتاً در دسترس یا موجود نیست. • مداوای دیالیز بیماران بستری اگر شما به عنوان بیمار بستری برای مراقبت ویژه در بیمارستان پذیرفته شده باشید. • آموزش خود دیالیز، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداوای دیالیز در منزل کمک می‌کند. • وسایل و لوازم دیالیز در منزل • برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت های ضروری توسط مددکاران دیالیز کارآموزی دیده برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و تغذیه آب. <p>مزایای دارویی Medicare بخش B شما هزینه برخی داروها برای دیالیز را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات، به «داروهای نسخه دار Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>غربالگری سرطان ریه</p> <p>برنامه درمانی ما بابت غربالگری سرطان ریه هر 12 ماه هزینه پرداخت می‌کند، اگر شما:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-77 سال داشته باشید، و • یک ویزیت مشاوره یا تصمیم‌گیری مشترک با پزشک خود یا تامین‌کننده مجرب دیگر داشته باشید، و • حداقل 1 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 <p>بعد از غربالگری اول، برنامه درمانی ما هر سال بابت یک غربالگری دیگر با دستور کتبی پزشک یا دیگر تامین‌کننده مجرب دیگر هزینه پرداخت می‌کند.</p>	
\$0	<p>درمان تغذیه پزشکی</p> <p>این مزایا برای اشخاصی می‌باشد که به مرض قند یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. همچنین برای بعد از پیوند کلیه می‌باشد هنگامیکه توسط پزشک شما ارجاع شده باشید.</p> <p>ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره رو در رو را در طول سال اولی که خدمات درمان تغذیه پزشکی را تحت Medicare دریافت می‌کنید پرداخت می‌کنیم. در صورت ضرورت پزشکی، ما ممکن است خدمات جانبی 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 معرفی پزشک دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کرده و در صورتیکه شما در سال تقویمی به درمان نیاز داشته باشید، هر سال معرفی را تمدید کند. در صورت ضرورت پزشکی، ما ممکن است خدمات جانبی را تایید کنیم.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p style="text-align: center;">برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare</p> <p>برنامه درمانی ما بابت خدمات MDPP هزینه پرداخت می‌کند. MDPP با هدف کمک به شما در افزایش رفتار سالم طراحی شده است. آن آموزش عملی در موارد زیر ارائه می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغییر رژیم بلندمدت، و • افزایش فعالیت فیزیکی، و • روش‌های حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم. 	
<p>\$0 (لطفاً هر دوی کارت شناسایی Blue Shield و TotalDual Plan و کارت شناسایی مزایای Medi-Cal خود را به پزشک یا داروخانه خود ارائه کنید.)</p>	<p style="text-align: center;">داروهای نسخه دار Medicare بخش B</p> <p>این داروها تحت پوشش Medicare بخش B می‌باشند. برنامه درمانی ما بابت داروهای زیر هزینه پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی‌کنید و هنگامیکه خدمات پزشک، سرپایی در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی را دریافت می‌کنید به شما تزریق یا درون‌یزی می‌شود. • انسولین تامپنی از طریق یک وسیله بادوام پزشکی (مثل پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است) • سایر داروهایی که با استفاده از وسایل با دوام پزشکی (از قبیل افشانه پراکن) مصرف می‌کنید که برنامه درمانی ما تأیید کرده است • عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتیکه مبتلا به هموفیلی باشید • داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، اگر در هنگام پیوند اندام در Medicare بخش A عضو باشید • داروهای تزریقی پوکی استخوان. ما هزینه این داروها در صورتی پرداخت می‌کنیم که زمین‌گیر باشید، شکستگی استخوان داشته باشید که پزشک تأیید کند مربوط به پوکی استخوان بعد از یانستگی می‌شود و نمی‌توانید دارو را خودتان تزریق کنید. • آنتی‌ژن‌ها • برخی داروی ضد سرطان خوراکی و داروهای ضد تهوع <p>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>داروهای نسخه دار Medicare بخش B (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> داروهای خاص برای دیالیز خانگی، شامل heparin، پادتن برای heparin (هنگامیکه ضرورت پزشکی دارد)، داروهای بیهوشی کننده موضعی و عوامل تحریک اریتروپوئیزیس (از قبیل Aranesp[®]، Procrit[®]، Epogen[®] یا Darbepoetin Alfa) گلوبولین ایمنی درون رگی برای مداوای خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه <p>ما همچنین بعضی واکسن‌ها را تحت مزایای داروهای نسخه دار Medicare بخش B و Medicare بخش D پوشش می‌دهیم.</p> <p>فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا مزیت داروهای نسخه دار سرپایی ما را توضیح می‌دهد. این فصل مقرراتی که باید برای پوشش داروهای نسخه دار پیروی کنید را توصیف می‌کند.</p> <p>فصل 6 دفترچه اطلاعاتی اعضا هزینه‌ای را که برای داروهای نسخه دار بیماران سرپایی خود از طریق برنامه درمانی ما پرداخت می‌کنید توصیف می‌کند.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p style="text-align: center;">مراقبت در مرکز پرستاری</p> <p>مرکز پرستاری (NF) محلی می‌باشد که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند با ایمنی در خانه زندگی کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند. خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر شده ولی به آنها محدود نمی‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی دارد) • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • ورزش درمانی، کاردرمانی و گفتار درمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه درمانی به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته کننده خون.) • خون، شامل ذخیره سازی و توزیع • لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز پرستاری داده می‌شوند • تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • استفاده از وسائلی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/کارور پزشکی • وسایل با دوام پزشکی • خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی <p style="text-align: center;">این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
	<p>مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینات شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پزشکی مربوط به پا <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 نمی باشد. شما می توانید مراقبت را در صورتی در محل های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می کند را قبول کنند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرکز پرستاری یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا زمانیکه مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند). • مرکز پرستاری که همسر شما یا شریک زندگی شما در هنگامیکه بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند. 	
\$0	<p>معاینه تشخیصی و درمان چاقی برای وزن کم کردن</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 مراقبت های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می توان آنرا با برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود صحبت کنید.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>خدمات برنامه درمان مواد افیونی (OTP)</p> <p>برنامه درمانی ما بابت خدمات زیر جهت درمان اختلال مصرف مواد افیونی (OUD) هزینه پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فعالیت جذب • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای مورد تایید FDA، در صورت اقتضا، مدیریت و دادن این داروها به شما • مشاوره مصرف مواد • درمان فردی یا گروهی • آزمایش داروها یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سموم)
\$0	<p>آزمایشات تشخیص و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی</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"> • عکسبرداری با اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی از قبیل پانسمان • تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسائل استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی • تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره سازی و توزیع • سایر آزمایشات تشخیصی بیماران سرپایی <p>مقررات مربوط به اجازه ممکن است برای خدمات اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی</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"> ● خدمات در بخش اضطراری یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل جراحی سرپایی یا خدمات نظارتی <ul style="list-style-type: none"> ○ خدمات نظارتی که به پزشک شما کمک می‌کنند بفهمد آیا شما نیاز به پذیرش در بیمارستان تحت عنوان «بستری» دارید. ○ گاهی ممکن است شما شب در بیمارستان باشید اما همچنان «سرپایی» محسوب شوید. ○ شما می‌توانید اطلاعات بیشتری را درباره بستری یا سرپایی بودن در این برگه اطلاعاتی به دست بیاورید: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ● صورتحساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش‌های تشخیصی ● مراقبت بهداشت روانی شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری در صورتیکه پزشک تأیید کند که مداوا به صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود. ● صورتحساب بیمارستان برای پرتوپرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی ● لوازم پزشکی از قبیل تخته شکسته بندی و گچ گیری ● غربالگری پیشگیری و خدماتی که در جدول مزایا فهرست شده است ● برخی داروهایی که خودتان نمی‌توانید مصرف کنید

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p style="text-align: center;">مراقبت بهداشت روانی به صورت سرپایی</p> <p>ما هزینه خدمات بهداشت روانی ارائه شده توسط مراکز زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روانپزشک یا پزشکی که جواز ایالتی دارد • روانشناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • متخصص پرستاری بالینی • مشاور حرفه‌ای دارای مجوز (LPC) • مشاور خانواده و ازدواج دارای مجوز (LMFT) • پرستار مجاز (NP) • دستیار پزشک (PA) • هر متخصص مراقبت بهداشت روانی مجاز دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد. <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات درمانگاه • مداوا در طول روز • خدمات توانبخشی روان شناسی • برنامه‌های بستری ناکامل یا سرپایی شدید • ارزیابی و مداوای بهداشت روانی به طور فردی و گروهی • آزمایش روان شناسی هنگامیکه برای ارزیابی نتیجه بهداشت روانی بالینی ایجاب نماید • خدمات بیماران سرپایی برای منظورات نظارت بر درمان دارویی • آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل های بیماران سرپایی • مشاوره روانپزشکی

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>خدمات توانبخشی بیماران سرپایی</p> <p>ما هزینه ورزش درمانی، کاردرمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کنیم. 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>
\$0 بابت هر ویزیت انفرادی یا گروهی	<p>خدمات اعتیاد بیماران سرپایی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینه تشخیص و مشاوره سومصرف از الکل • مداوای سومصرف دارویی • مشاوره توسط درمانگر واجد شرایط به صورت فردی یا گروهی • سم زدایی نیمه حاد در برنامه اعتیاد مسکونی • خدمات مربوط به الکل و یا مواد در مرکز درمانی ویژه بیماران سرپایی • مداوا به صورت پیوسته رهش با Naltrexone (vivitrol)
\$0 بابت هر ویزیت به یک مرکز جراحی سیار یا مرکز بیماران سرپایی.	<p>جراحی سرپایی</p> <p>ما هزینه جراحی و خدمات بیماران سرپایی را در مراکز بیماران سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی پرداخت می‌کنیم.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>اقلام بدون نسخه (OTC)</p> <p>شما واجد شرایط یک مبلغ فوق العاده \$210 بابت داروها و وسایل OTC مندرج در کاتالوگ OTC هستید اقلامی مثل آسپرین، ویتامین، دواهای سرماخوردگی و سرفه و بانداژ تحت این مزیت پوشش دارند. اقلامی مثل لوازم آرایشی و مکمل های غذایی تحت این مزیت، پوشش ندارند</p> <p>کاتالوگ OTC و دستورالعمل‌های سفارش در لینک blueshieldca.com/medicareOTC موجود است. شما می‌توانید به صورت تلفنی از طریق شماره [TTY: 711] (888) 628-2770، دوشنبه تا جمعه، بین 9:00 a.m. تا 5:00 p.m. یا آنلاین از طریق blueshieldca.com/medicareOTC اقلام را سفارش دهید. سفارش‌ها بدون هزینه برای شما پست می‌شوند. لطفاً برای تحویل، 14 روز کاری صبر کنید.</p> <p>این مزیت روز اول هر فصل فعال می‌شود (1 ژانویه، 1 آوریل، 1 جولای، و 1 اکتبر). شما در هر فصل می‌توانید دو سفارش بدهید و نمی‌توانید فوق‌العاده خود را به فصل بعد منتقل کنید. برخی محدودیت‌ها اعمال می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر، به کاتالوگ OTC مراجعه کنید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>
\$0	<p>خدمات بستری شدن ناکامل</p> <p>خدمات بیماران سرپایی، یک برنامه ساختارمند درمان تراپی سلامت (روان) رفتاری است که به صورت سرویس سرپایی بیمارستانی، یک مرکز سلامت روان محلی، یک مرکز سلامت واجد شرایط فدرال یا یک کلینیک سلامت روستایی ارائه می‌شود که نسبت به مراقبت ارائه شده در مطب پزشک یا تراپیست شما فشرده‌تر است اما از بستری نسبی فشرده‌تری دارد.</p> <p>توجه: چون هیچ مرکز سلامت روان محلی در شبکه ما وجود ندارد، ما بستری ناکامل را فقط به عنوان خدمات بیمارستانی سرپایی پوشش می‌دهیم.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>خدمات پزشک/ارائه کننده شامل ویزیت های مطب پزشک</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل‌هایی از این قبیل ارائه می‌شوند: • مطب پزشک • مرکز جراحی سرپایی مجاز • بخش مراقبت سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص و مداوا توسط متخصص • معاینات شنوایی و تعادل اولیه که توسط ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما ارائه می‌شوند، در صورتیکه پزشک شما آن را برای ارزیابی لزوم به مداوا تجویز کرده باشد • بعضی خدمات تله هلث شامل خدمات پزشک برای درمان وضعیت‌های غیراضطراری مثل علائم سرماخوردگی یا آنفولانزا، آلرژی، برونشیت، عفونت تنفسی، مشکلات سینوس، جوش، عفونت چشم، میگرن و غیره. <ul style="list-style-type: none"> ○ شما گزینه 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 یک تامین کننده شبکه استفاده کنید که از طریق تله هلث خدمات ارائه می‌دهد. ○ برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش "خدمات دیگر تله هلث" مراجعه کنید. <p>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>خدمات پزشک/ارائه کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خدمات بهداشت از راه دور ویژه ویزیت‌های ماهیانه بیماری مرحله نهایی کلیه (ESRD) جهت اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز بیمارستانی یا مرکز دیالیز کلیوی بیمارستانی دسترسی حاد، تسهیلات دیالیز کلیوی یا در خانه ● خدمات بهداشت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علایم سکتی ● خدمات بهداشت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روان مکرر ● خدمات بهداشت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی، و درمان اختلال سلامت روان، اگر: <ul style="list-style-type: none"> ○ شما ظرف مدت 6 ماه قبل از ویزیت بهداشت از راه دور اول خود یک ویزیت حضوری دارید ○ شما هر 12 ماه یکبار ضمن دریافت این خدمات بهداشت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید ○ استثناهایی در مواقع خاص می‌توان برای موارد فوق قائل شد ● خدمات بهداشت از راه دور ویژه ویزیت‌های سلامت روان توسط کلینیک‌های سلامت روستایی و مراکز سلامت حائز شرایط فدرال. ● بررسی مجازی (برای مثال، تلفنی یا گفتگوی ویدئویی) با پزشک شما به مدت 5-10، اگر <ul style="list-style-type: none"> ○ شما یک بیمار جدید نیستید، و ○ بررسی به یک ویزیت در مطب انجام شده در 7 روز قبل مرتبط نباشد، و ○ بررسی منجر به ویزیت در مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین وقت موجود نشود <p>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>خدمات پزشک/ارائه کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ارزیابی ویدئو و یا تصاویر ارسالی شما به پزشک و تفسیر و پیگیری توسط پزشک شما ظرف مدت 24 ساعت، اگر: <ul style="list-style-type: none"> ○ شما یک بیمار جدید نیستید، و ○ ارزیابی به ویزیت در مطب انجام شده در 7 روز قبل مرتبط نباشد، و ○ ارزیابی منجر به ویزیت در مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین وقت موجود نشود ● اگر بیمار جدید نیستید، مشورتی که پزشک شما با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا سوابق سلامت الکترونیک انجام می‌دهد ● نظر ثانوی توسط ارائه کننده داخل شبکه دیگر قبل از جراحی ● مراقبت دندانپزشکی غیرمتداول خدمات تحت پوشش به موارد زیر محدود می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> ○ جراحی فک یا ساختارهای مربوطه ○ جا انداختن شکستگی فک یا استخوان های صورت ○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدمات تحت پوشش در صورتیکه توسط پزشک ارائه شوند

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>خدمات پزشکی مربوط به پا</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی مصدومیت و بیماری پا (از قبیل انگشت چکشی یا خار پاشنه پا) ● مراقبت متداول از پا برای اعضای مبتلا به عوارضی که بر روی پا تأثیر می‌گذارند، از قبیل بیماری قند ● مراقبت عادی از پا (فاقد پوشش Medicare). پوشش شامل موارد زیر می‌شود: <ul style="list-style-type: none"> ○ بریدن و برداشتن میخچه و پینه ○ نظافت، بریدن، کوتاه کردن یا کندن ناخن 	
\$0	<p>معاینات تشخیص سرطان پروستات</p> <p>برای مردان 50 ساله به بالا، ما هزینه خدمات زیر را یکبار در هر 12 ماه پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● معاینه انگشتی راست روده ● آزمایش پادگن ویژه پروستات (prostate specific antigen, PSA) 	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>پروتز و لوازم مربوطه</p> <p>پروتز جایگزین همه قسمت‌ها یا عملکرد یک اندام یا بخشی از آن می‌شود. ما هزینه پروتزهای زیر و احتمالاً سایر وسائلی که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی • تغذیه روده‌ای و پراروده‌ای، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و ادپتور، محلول، و لوازم تزریق‌های شخصی • ضربان ساز • ساپورت • کفش پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتز سینه (شامل سینه بند بعد از جراحی تخلیه پستان) • پروتز جهت جایگزینی همه قسمت‌های یک بخش بیرونی صورت که به علت بیماری، مصدومیت یا نقص مادرزادی برداشته شده یا معیوب شده است • کرم و پوشک بی‌اختیاری ادرار و مدفوع <p>ما هزینه برخی لوازم مربوط به پروتز را نیز می‌پردازیم. ما هزینه تعمیر یا تعویض پروتز 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>
\$0	<p>خدمات توانبخشی ریوی</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 یکارجاعبرای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه‌کننده معالجه COPD داشته باشید.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>معاینه تشخیص و مشاوره برای عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی (STI)</p> <p>ما هزینه معاینه تشخیص کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هپاتیت 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> </div> </div>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)


اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p style="text-align: center;">مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی دارد • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • ورزش درمانی، کاردرمانی و گفتار درمانی • داروهای که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می‌کنید، شامل موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند از قبیل عوامل لختگی خون • خون، شامل ذخیره سازی و توزیع • لوازم پزشکی و جراحی که در مراکز پرستاری داده می‌شوند • تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • وسائلی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه کننده <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 نمی باشد. شما می توانید مراقبت را در صورتی در محل های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می کند را قبول کنند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • آسایشگاه یا مرکز مراقبت مداوم بازنشستگی که قبل از رفتن به بیمارستان، شما در آنجا زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند) • مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در هنگامیکه بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p style="text-align: center;">ترک مصرف سیگار و تنباکو</p> <p>اگر از توتون استفاده می‌کنید، علائم یا نشانه‌های بیماری مربوط به توتون را بروز نمی‌دهید، و می‌خواهید یا نیاز دارید که ترک کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما هزینه دو تلاش برای ترک سیگار را در یک دوره 12 ماهه به عنوان خدمات پیشگیری کننده پرداخت می‌کنیم این خدمات رایگان می‌باشند. هر تلاش برای ترک شامل چهار ویزیت مشاوره رو در رو می‌باشد. اگر از توتون استفاده می‌کنید و تشخیص داده شده که به بیماری مربوط به توتون مبتلا هستید یا دارویی را مصرف می‌کنید که ممکن است توتون بر آن تأثیری داشته باشد: • ما هزینه دو مشاوره ترک سیگار را ظرف یک دوره 12 ماهه پرداخت می‌کنیم. هر جلسه مشاوره شامل چهار ویزیت رو در رو می‌باشد. 	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>ورزش درمانی تحت نظارت (SET)</p> <p>ما هزینه SET را به اعضای مبتلا به بیماری شریان محیطی علامت دار (PAD) که از یک پزشک مسئول درمان PAD معرفی‌نامه PAD دارند می‌پردازیم. برنامه درمانی ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تا 36 جلسه در یک دوره 12-هفته‌ای اگر همه الزامات SET رعایت شده باشند • 36 هفته دیگر به مرور زمان اگر از نظر یک تامین کننده مراقبت سلامت ضرورت پزشکی داشته باشند <p>برنامه SET باید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جلسات 30 تا 60 دقیقه برنامه آموزش ورزشی درمانی برای PAD در بیمارانی که به علت جریان خون ضعیف، گرفتگی پا دارند (لنگیدن) • در مرکز بیمارستان سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود • توسط یک پرسنل مجاز ارائه شود که اطمینان حاصل کند که مزایا بیش از معایب است و در زمینه درمان ورزشی ویژه PAD آموزش دیده باشد • تحت نظر مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا پرستار عملی/متخصص پرستاری بالینی آموزش دیده در زمینه فنون پشتیبانی زندگی پایه و پیشرفته باشد
\$0	<p>حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری</p> <p>این مزایا اجازه حمل و نقلی را می‌دهد که بیشتر مقرون به صرفه و قابل دسترسی باشد. شامل این موارد: آمبولانس، ون برانکار، خدمات حمل و نقل پزشکی ون صندلی چرخدار و هماهنگ سازی ترانزیت پیراپزشکی.</p> <p>زمانی این نوع حمل و نقل اجازه داده می‌شود که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وضعیت پزشکی و یا جسمانی شما اجازه نمی‌دهد که با اتوبوس، اتومبیل مسافری، تاکسی یا سایر انواع وسائل حمل و نقل عمومی یا خصوصی مسافرت کنید، و <p>بستگی به خدمات، اجازه قبلی ممکن است لازم باشد.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0 (محدود به 48 سفر یک مسیره در هر سال)</p>	<p>حمل و نقل حمل و نقل غیرپزشکی</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>خدمات حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز، از جمله سفر برای ملاقات‌های دندانپزشکی و دریافت داروهای تجویز شده، الزامی است.</p> <p>این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری شما نمی‌شود.</p> <p>توجه: برنامه‌ریزی و هماهنگی حمل و نقل توسط Call The Car انجام می‌شود. اعضا باید با Call The Car به شماره [711: TTY: 200-7544 (855)] 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، تماس بگیرید. هماهنگی برای حمل و نقل باید حداقل از 24 ساعت قبل انجام شود.</p> <p>Call The Car یک برنامه مخصوص تلفن همراه (CTC-Go) ارائه می‌دهد که اعضای Blue Shield TotalDual Plan می‌توانند برای هماهنگ کردن سفرهای درمانی از آن 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>مقررات مربوط به اجازه ممکن است اعمال شوند.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0</p> <p>20% بیمه مشترک برای پوشش فوری جهانی (معافیت از حق سهم بیمه مشترک در صورت بستری شدن در بیمارستان در یک روز به دلیل همان بیماری)</p>	<p>مراقبت با نیاز فوری</p> <p>مراقبت با نیاز فوری، ارائه مراقبت برای مداوای موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وضعیت غیر اورژانسی که نیاز به مراقبت فوری پزشکی دارد، یا • بیماری پزشکی ناگهانی، یا • مصدومیت، یا • عارضه‌ای که فوراً به مراقبت نیاز دارد. <p>اگر به مراقبت با نیاز فوری احتیاج دارید، باید ابتدا آن را از طریق شبکه ارائه کنندگان دریافت کنید. با این حال، زمانی که نمی‌توانید به یکی از ارائه کنندگان شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه کنندگان خارج از شبکه استفاده کنید، زیرا با توجه به شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه کنندگان شبکه امکان پذیر نیست، یا غیرمنطقی است (مثلاً زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح بیمه هستید و شما به خدمات فوری پزشکی برای یک وضعیت پیش‌بینی نشده نیاز داشته باشید، اما این مشکل یک مورد اورژانس پزشکی نباشد).</p> <p>* پوشش جهانی</p> <p>شما محدودیت ترکیبی سالیانه برای خدمات مراقبت اضطراری یا خدمات با نیاز فوری، در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن ندارید. *خدمات در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
<p>\$0 برای هر معاینه چشم تحت پوشش Medicare.</p> <p>\$0 سهم بیمه شده</p> <p>\$0 سهم بیمه شده</p> <p>\$0 سهم بیمه شده</p>	<p>مراقبت از بینایی (تحت پوشش Medicare)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک مورد معاینه عادی بینایی در سال و • حداکثر \$100 برای عینک طبی (قاب و لنز) یا حداکثر \$100 برای لنزهای تماسی در هر دو سال. <p>ما هزینه خدمات پزشک بیماران سرپایی را برای تشخیص و مداوای بیماری‌ها و مصدومیت‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. به عنوان مثال، این موضوع شامل معاینات چشمی سالانه ویژه رتینوپاتی دیابتی برای افراد مبتلا به دیابت و درمان دژنراسیون ماکولا وابسته به سن می‌شود.</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"> • اشخاصی که سابقه خانوادگی گلوکوم (آب سیاه) دارند • اشخاصی که مبتلا به دیابت هستند • آمریکایی‌های آفریقایی تبار با سن 50 سال و بیشتر • آمریکایی‌های اسپانیایی تبار با سن 65 سال و بیشتر <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>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه‌کنندگان استفاده کنید، برای یکبار معاینه در هر 12 ماه \$0 هزینه می‌پردازید.</p> <p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه‌کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر 24 ماه \$0 می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده‌فروشی معمولی به میزان \$375) هزینه می‌پردازید. اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$375 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p> <p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه‌کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$375 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر 12 ماه \$0 می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$375 باشد، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p>	<p>مراقبت بینایی، پوشش بدون Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه‌کنندگان)*</p> <p>مجوز قبلی (تأیید از قبل) مورد نیاز نیست.</p> <p>از blueshieldca.com/find-a-doctor Vision Directory استفاده کنید یا به وب سایت بروید تا یکی از ارائه‌کنندگان مشارکت‌کننده در شبکه Vision Service (Blue Shield Vision Plan Administrator) (VSP) را پیدا کنید.</p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • فریم عینک و لنزهای اصلاح بینایی (شامل لنزهای تک کانونی، دو کانونی خطی، سه کانونی خطی و عدسی شکل) یا لنزهای تماسی. <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>


OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>برای یکبار معاینه در هر 12 ماه تا \$30 به شما بازپرداخت می‌شود.</p> <p>برای یک جفت فریم عینک در هر 24 ماه تا \$35 به شما بازپرداخت می‌شود.</p> <p>برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنز تماسی در هر 12 ماه \$35 به شما بازپرداخت می‌شود.</p>	<p>مراقبت بینایی، پوشش بدون Medicare (خدمات دریافت شده از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه)*</p> <p>در صورت تمایل می‌توانید به یک متخصص بینایی‌سنجی یا چشم‌پزشک مراجعه کنید که جزو شبکه ارائه‌کنندگان Blue Shield TotalDual Plan نباشد. با این حال، ممکن است خدمات دریافتی از شبکه ارائه‌کنندگان و با خدمات دریافتی از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه یکسان نباشد. اگر یک ارائه‌کننده خارج از شبکه را انتخاب کنید، واجد شرایط بازپرداخت بخشی از هزینه خدمات ارائه‌شده هستید، مگر اینکه قبلاً از سقف مزایای طرح درمانی خود برای خدمات بینایی موردنظرتان استفاده کرده باشید. برای درخواست فرم بازپرداخت هزینه و برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست بازپرداخت با خدمات مشتریان تماس بگیرید. نیازی به مجوز قبلی نیست.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● معاینه معمول چشم، معاینه عیوب انکساری و تجویز نسخه برای لنزهای اصلاح بینایی. ● فریم عینک و لنزهای اصلاح بینایی (شامل لنزهای تک کانونی، دو کانونی، سه کانونی و عدسی شکل) یا لنزهای تماسی. <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p style="text-align: center;">معاینه پیشگیری از بیماری با نام "به Medicare خوش آمدید"</p> <p>ما هزینه یکبار ویزیت پیشگیری کننده "به Medicare خوش آمدید" را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بررسی وضعیت سلامتی شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیری از بیماری که مورد نیاز شما است (شامل معاینات غربالگری و واکسن‌ها) و • ارجاع برای سایر خدمات مراقبتی در صورتی که به آن نیاز داشته باشید. <p>توجه: ما تنها در طول 12 ماه اولی که شما Medicare بخش B دارید هزینه ویزیت پیشگیری کننده «به Medicare خوش آمدید» را پوشش می‌دهیم. هنگامیکه وقت ویزیت می‌گذارید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» وقت بگیرید.</p>	

جدول مزایای خدمات رایج دندانپزشکی

مزایای خدمات رایج دندانپزشکی برای همه اعضا در این طرح درمانی گنجانده شده است.

جدول مزایای خدمات رایج دندانپزشکی که در زیر آورده شده است، روال‌های دندانپزشکی خاصی را که تحت پوشش مزایای خدمات رایج دندانپزشکی هستند و هزینه‌هایی را که برای این روال‌ها پرداخت خواهید کرد، نشان می‌دهد. 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 از خدمات دندانپزشکی تحت هیچ شرایطی تحت پوشش قرار نمی‌گیرند (به عنوان استثنایا نیز شناخته می‌شوند) و برخی از خدمات دندانپزشکی فقط تحت شرایط خاص تحت پوشش قرار می‌گیرند (به عنوان محدودیت‌ها نیز شناخته می‌شوند). لطفاً برای دریافت اطلاعات بیشتر به «محدودیت‌های کلی» و «استثنای کلی» که پس از این جدول مزایا فهرست شده‌اند، مراجعه کنید.

مزایا برای روال‌های خاص دندانپزشکی که برای درمان بیماری‌های مشخص شده حاد اورژانسی، دردناک یا عفونی دندان ضروری است، یا در زمانی که به روشی مطابق با استانداردهای شناخته‌شده مراقبت حرفه‌ای باشد، ارائه می‌شود. طرح درمانی این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که مستندات ارائه شده برای بیماری‌های فوق را به منظور تعیین پوشش، توسط یکی از مدیران دندانپزشکی طرح درمانی بررسی کند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

بیماری‌هایی که با درد یا عفونت حاد مشخص می‌شود شامل موارد زیر است:

- درد حاد که نیاز به درمان فوری کانال ریشه دارد.
- درد حاد که نیاز به کشیدن یا برداشتن و یا برش و تخلیه دندان دارد.
- آبسه پریودنتال حاد که نیاز به جراحی اورژانسی پریودنتال دارد.

بیماری‌های ترمیمی اورژانسی شامل موارد زیر است:

- دندان‌هایی که در حال درمان ترمیمی است و درمان به صورت پرکردن (ترمیم پایه) آغاز شده است، اما به دلیل وسعت پوسیدگی/شکستگی که در طول ترمیم آن پیدا شده، اکنون نیاز به قرار دادن روکش دندان (ترمیم وسیع) دارد.

خدمات با ذکر کد ری 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. شما می‌توانید از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان (Dental Plan Administrator (DPA) به شماره (866) 247-2486 [TTY: 711]، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) از 1 اکتبر تا 31 مارس و روزهای هفته از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، فهرست کدهای به‌روزرسانی شده ADA را دریافت کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
خدمات تشخیصی		
\$0	ارزیابی جامع دهان و دندان - بیمار جدید یا قبلی	D0150
\$0	ارزیابی مجدد، ویزیت بعد از عمل در مطب	D0171
\$0	معاینات غربالگری بیمار	D0190
\$0	ارزیابی وضعیت بیمار	D0191
\$0	عکس رادیوگرافی خارج دهانی از دندان خلفی	D0251
\$0	جمع‌آوری میکروارگانیزم‌ها برای کشت و بررسی حساسیت	D0415
\$0	تست حساسیت به پوسیدگی	D0425
\$0	تست‌های وضعیت حیات پالپ دندان	D0460
\$0	قالب‌های دندان‌های تشخیصی	D0470
\$0	افزودن بافت نمونه، معاینه چشمی نمونه، تهیه و ارسال گزارش کتبی	D0472
\$0	افزودن بافت نمونه، معاینه چشمی و میکروسکوپی نمونه، تهیه و ارسال گزارش کتبی	D0473
\$0	افزودن بافت نمونه، معاینه چشمی و میکروسکوپی نمونه، از جمله ارزیابی حاشیه‌های محل جراحی برای وجود بیماری، تهیه و ارسال گزارش کتبی	D0474
خدمات پیشگیری از بیماری		
\$0	پیشگیری از بیماری - بزرگسالان	D1110

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
\$0	استفاده موضعی از روکش فلوراید	D1206
\$0	استفاده موضعی از فلوراید - بدون روکش	D1208
\$10	ترمیم سیلانت تاج - برای هر دندان	D1353
\$70	نگهدارنده فضا - قابل جابجایی - یک طرفه - برای هر نیم فک	D1520
خدمات ترمیمی		
\$0	آمالگام - یک سطح، اولیه یا دائمی	D2140
\$170	پرکننده داخلی دندان - فلزی - یک سطح	D2510
\$180	پرکننده داخلی دندان - فلزی - دو سطح	D2520
\$190	پرکننده داخلی دندان - فلزی - سه سطح یا بیشتر	D2530
\$185	پرکننده روی تاج دندان - فلزی - دو سطح	D2542
\$195	پرکننده روی تاج دندان - فلزی - سه سطح	D2543
\$215	پرکننده روی تاج دندان - فلزی - چهار سطح یا بیشتر	D2544
\$295	پرکننده داخلی دندان - چینی / سرامیکی - یک سطح	D2610
\$330	پرکننده داخلی دندان - چینی / سرامیکی - دو سطح	D2620
\$350	پرکننده داخلی دندان - چینی / سرامیکی - سه سطح یا بیشتر	D2630
\$325	پرکننده روی تاج دندان - چینی / سرامیکی - دو سطح	D2642
\$360	پرکننده روی تاج دندان - چینی / سرامیکی - سه سطح	D2643
\$380	پرکننده روی تاج دندان - چینی / سرامیکی - چهار سطح یا بیشتر	D2644
\$195	پرکننده داخلی دندان - کامپوزیت / رزین - یک سطح	D2650
\$220	پرکننده داخلی دندان - کامپوزیت / رزین - دو سطح	D2651
\$255	پرکننده داخلی دندان - کامپوزیت / رزین - سه سطح یا بیشتر	D2652
\$250	پرکننده روی تاج دندان - کامپوزیت / رزین - دو سطح	D2662
\$275	پرکننده روی تاج دندان - کامپوزیت / رزین - سه سطح	D2663
\$320	پرکننده روی تاج دندان - کامپوزیت / رزین - چهار سطح یا بیشتر	D2664
\$320	روکش دندان - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	D2720
\$260	روکش دندان - رزین با فلزات نجیب	D2722
\$380	روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D2750
\$320	روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	D2752
\$380	روکش دندان - چینی ذوب شده روی تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	D2753
\$380	روکش دندان - با پوشش 4/3 دندان از جنس فلزات نجیب با درصد بالا	D2780
\$320	روکش دندان - با پوشش 4/3 دندان از جنس فلزات نجیب	D2782
\$380	روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب با درصد بالا	D2790
\$320	روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب	D2792
\$380	روکش دندان - از جنس تیتانیوم	D2794
\$50	چسباندن مجدد قطعات دندانی، لبه برش دندان یا کاسپ مینای دندان	D2921

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
\$75	روکش چینی / سرامیکی پیش ساخته - دندان شیری - قدامی	D2929
-\$0	ترمیم حمایتی	D2940
\$25	ترمیم پرکننده داخل دندانی که به دلیل خرابی مواد ترمیمی ضروری است	D2981
\$25	ترمیم پرکننده روی تاج دندان که به دلیل خرابی مواد ترمیمی ضروری است	D2982
\$25	ترمیم روکش دندان که به دلیل خرابی مواد ترمیمی ضروری است	D2983
خدمات درمان ریشه دندان		
\$0	پوشش پالپ دندان - مستقیم (به استثنای ترمیم نهایی)	D3110
\$0	درمان انسداد کانال ریشه، دسترسی بدون جراحی	D3331
\$50	ترمیم داخلی عیوب از پیش تشکیل شده دندان	D3333
\$0	درمان مجدد کانال ریشه قبلاً درمان شده - دندان‌های قدامی	D3346
\$0	درمان مجدد کانال ریشه قبلاً درمان شده - دندان‌های مولار	D3348
\$80	آپکسیفیکاسیون/کلسیفیکاسیون مجدد - ویزیت نهایی (شامل درمان کامل کانال ریشه - بستن آپیکال/ ترمیم کلسیفیک حفرات، باز جذب ریشه و غیره)	D3353
\$85	قطع ریشه - به ازای هر ریشه	D3450
\$150	همی‌سکشن ریشه (شامل برداشتن ریشه)، بدون درمان کانال ریشه	D3920
خدمات پریدنتیک		
\$85	ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی برای انجام روال ترمیم، برای هر دندان	D4212
\$150	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	D4240
\$225	جراحی فلپ لثه، شامل صاف کردن ریشه - یک تا سه دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک	D4241
\$75	فلپ با قرارگیری آپیکال	D4245
\$0	جراحی استخوان (شامل ورود و بستن فلپ) - چهار یا تعداد بیشتری دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک	D4260
\$225	پیوند جایگزینی استخوان - حفظ دندان طبیعی - اولین محل در نیم فک	D4263
\$80	پیوند جایگزینی استخوان - حفظ دندان طبیعی - هر محل اضافی دیگر در نیم فک	D4264
\$225	جراحی پیوند بافت نرم با روش پدیکل	D4270
\$225	جراحی مزبال/دیستال وج یک دندان (در صورتی که همراه با روش‌های جراحی در همان ناحیه آناتومیکی انجام نشود)	D4274
\$295	جراحی پیوند بافت نرم آزاد (شامل محل‌های جراحی گیرنده و اهدا کننده بافت) اولین دندان، ایمپلنت یا فضای بی‌دندان	D4277
\$295	جراحی پیوند بافت نرم آزاد (شامل محل‌های جراحی گیرنده و اهدا کننده بافت) برای هر دندان مجاور اضافی، ایمپلنت یا فضای بی‌دندان در همان محل انجام جراحی پیوند	D4278

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
\$0	شستشوی لثه - با یک عامل دارویی برای هر نیم فک	D4921
خدمات پروتز دندان (متحرک)		
\$0	پروتز دندانی کامل - فک بالا	D5110
\$365	پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه رزینی	D5221
\$365	پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه رزینی	D5222
\$415	پروتز پارسیل فوری فک بالا - بدنه داخلی فلزی با پایه پروتز رزینی	D5223
\$415	پروتز پارسیل فوری فک پایین - بدنه داخلی فلزی با پایه پروتز رزینی	D5224
\$180	پروتز پارسیل فک بالا - پایه انعطاف‌پذیر (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)	D5225
\$180	پروتز پارسیل فک پایین - پایه انعطاف‌پذیر (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)	D5226
\$100	تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک بالا)	D5670
\$100	تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک پایین)	D5671
\$100	تغییر پایه پروتز کامل فک بالا	D5710
\$100	تغییر پایه پروتز کامل فک پایین	D5711
\$100	تغییر پایه پروتز پارسیل فک بالا	D5720
\$110	تغییر پایه پروتز پارسیل فک پایین	D5721
\$380	پروتز پارسیل موقت (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)، فک بالا. شامل تمام گیره‌ها و تکیه‌گاه‌های لازم است.	D5820
\$320	پروتز پارسیل موقت (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)، فک پایین. شامل تمام گیره‌ها و تکیه‌گاه‌های لازم است.	D5821
خدمات پروتز دندان (ثابت)		
\$380	پونتیک - با پوشش از جنس فلزات نجیب با درصد بالا	D6210
\$320	پونتیک - با پوشش از جنس فلزات نجیب	D6212
\$320	پونتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D6240
\$320	پونتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	D6242
\$260	پونتیک - چینی ذوب شده روی تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	D6243
\$330	پونتیک - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	D6250
\$350	پونتیک - رزین با فلزات نجیب	D6252
\$280	گیره داخلی دندان - چینی / سرامیکی، دو سطح	D6600
\$290	گیره داخلی دندان - چینی / سرامیکی، سه سطح یا بیشتر	D6601
\$180	گیره داخلی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب با درصد بالا، دو سطح	D6602

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
\$190	گیره داخلی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب با درصد بالا، سه سطح یا بیشتر	D6603
\$210	گیره داخلی دندان - با پایه عمدتاً فلزی، دو سطح	D6604
\$220	گیره داخلی دندان - با پایه عمدتاً فلزی، سه سطح یا بیشتر	D6605
\$325	گیره داخلی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب، دو سطح	D6606
\$360	گیره داخلی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب، سه سطح یا بیشتر	D6607
\$285	گیره روی دندان - چینی / سرامیکی - دو سطح	D6608
\$295	گیره روی دندان - چینی / سرامیکی - سه سطح یا بیشتر	D6609
\$185	گیره روی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب با درصد بالا، دو سطح	D6610
\$195	گیره روی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب با درصد بالا، سه سطح یا بیشتر	D6611
\$205	گیره روی دندان - با پایه عمدتاً فلزی، دو سطح	D6612
\$225	گیره روی دندان - با پایه عمدتاً فلزی، سه سطح یا بیشتر	D6613
\$320	گیره روی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب، دو سطح	D6614
\$260	گیره روی دندان - با پوشش از جنس فلزات نجیب، سه سطح یا بیشتر	D6615
\$380	روکش نگهدارنده - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	D6720
\$320	روکش نگهدارنده - رزین با فلزات نجیب	D6722
\$380	روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D6750
\$380	روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	D6752
\$320	روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	D6753
\$380	روکش نگهدارنده - با پوشش 4/3 دندان از جنس فلزات نجیب با درصد بالا	D6780
\$380	روکش نگهدارنده - با پوشش 4/3 دندان از جنس فلزات نجیب	D6782
\$320	روکش نگهدارنده 3/4 - از جنس تیتانیوم و آلیاژهای تیتانیوم	D6784
\$45	روکش نگهدارنده - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب با درصد بالا	D6790
\$320	روکش نگهدارنده - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب	D6792
\$45	فشار شکن	D6940
خدمات جراحی دهان و فک و صورت		
\$0	کشیدن دندان، بقایای تاج - دندان شیری	D7111
\$0	کشیدن دندان، دندان روییده یا ریشه در معرض دید (بالا آوردن و یا کشیدن با پنس)	D7140
\$0	کشیدن دندان، دندان روییده که نیاز به برداشتن استخوان، برش دندان و از جمله بالا بردن فلپ موکوپریوستنال دارد	D7210
\$0	برداشتن دندان نهفته - بافت نرم	D7220
\$0	برداشتن دندان نهفته - کاملاً استخوانی، با جراحی غیر معمول	D7241
\$130	کورونکتومی - برداشتن عمدی بخشی از دندان، فقط دندانهای نهفته	D7251
\$90	جابجایی دندان روییده یا نابجا برای کمک به رویش آن	D7282

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
\$0	کیست‌شناسی کیست‌های ادنتورژنیک	D7509
\$0	برش و تخلیه آبسه - بافت نرم داخل دهانی	D7510
خدمات ارتودنسی		
\$1,150	درمان ارتودنسی محدود دندان شیری	D8010
\$1,350	درمان ارتودنسی محدود برای دندان بزرگسالان - بزرگسالان	D8040
\$2,100	درمان ارتودنسی کامل برای دندان بزرگسالان - بزرگسالان	D8090
خدمات عمومی تکمیلی		
\$0	مشاوره با متخصص مراقبت‌های درمانی پزشکی	D9311
\$0	ارائه پرزنت برای مورد تحت درمان، پس از برنامه‌ریزی درمانی دقیق و جامع	D9450
\$0	تمیز کردن و بازرسی پروتز متحرک کامل، فک بالا	D9932
\$0	تمیز کردن و بازرسی پروتز متحرک کامل، فک پایین	D9933
\$0	تمیز کردن و بازرسی پروتز متحرک پارسیل، فک بالا	D9934
\$0	تمیز کردن و بازرسی پروتز متحرک پارسیل، فک پایین	D9935
\$10	تنظیم تعادل اکلوزال	D9943
\$100	محافظ اکلوزال دندان - جنس سخت، قوس کامل	D9944
\$100	محافظ اکلوزال دندان - جنس نرم، قوس کامل	D9945
\$100	محافظ اکلوزال دندان - جنس سخت، قوس ناکامل	D9946
\$125	سفیدکننده خارجی دندان برای استفاده خانگی، به ازای هر قوس شامل مواد و قطعات قالب سفارشی - محدود به یک قالب سفیدکننده و ژل برای دو هفته خود درمانی	D9975
\$10	ویزیت‌های از دست رفته	D9986
\$10	ویزیت‌های لغو شده	D9987

توجه: به جز در مواردی که به خدمات دندانپزشکی اورژانسی خارج از پوشش Medicare نیاز داشته باشید، مبالغ ذکر شده در فهرست Member Cost-Sharing فقط زمانی اعمال می‌شود که خدمات دندانپزشکی را از یک دندانپزشک درون شبکه دریافت کنید (به قسمت «مراقبت‌های دندانپزشکی اورژانسی خارج از پوشش Medicare» مراجعه کنید).

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

دریافت خدمات مراقبت‌های رایج دندانپزشکی

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

مقدمه

طرح دندانپزشکی Blue Shield توسط مدیر قراردادی برنامه دندانپزشکی، (DPA)، شخصیتی که با Blue Shield قرارداد می‌بندد تا ارائه خدمات دندانپزشکی از طریق شبکه دندانپزشکان طرف قرارداد را مدیریت کند، مدیریت می‌شود. اگر در مورد اطلاعات ارائه شده در این بخش دندانپزشکی سؤال، مشکل یا نیاز به کمک دارید، می‌توانید با بخش خدمات DPA مشتریان به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866) از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) و 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای هفته تماس بگیرید.

قبل از دریافت خدمات مراقبت‌های رایج دندانپزشکی

شما مسئول هستید که اطمینان حاصل کنید دندانپزشکی که انتخاب می‌کنید جزو دندانپزشکان درون شبکه باشد. **توجه:** وضعیت دندانپزشکان درون 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 جزو دندانپزشکان درون شبکه است یا خیر. شما می‌توانید با تماس با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل)، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای هفته، فهرستی از دندانپزشکان درون شبکه واقع در منطقه خود را 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 درون 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 دریافت قرار ملاقات کافی است با مرکز PCD خود تماس بگیرید و خود را به عنوان عضو طرح Blue Shield TotalDual معرفی کنید. قرارهای ملاقات اولیه باید ظرف چهار هفته برنامه‌ریزی شود مگر اینکه زمان مشخصی درخواست شده باشد. برای سؤالات مربوط به در دسترس بودن قرار ملاقات و دسترسی به دندانپزشکان، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) از 1 اکتبر تا 31 مارس و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در DPA در روزهای هفته با بخش خدمات مشتریان، به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866) تماس بگیرید.

توجه: هر عضو باید برای دریافت خدمات تحت پوشش به PCD اختصاص داده شده خود مراجعه کند، مگر در مواردی که خدمات ارائه شده توسط متخصصی که از قبل به صورت کتبی توسط DPA مجاز شده باشد یا خدمات مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی که فاقد پوشش Medicare باشند. هر گونه درمان دیگری که تحت پوشش طرح Blue Shield TotalDual نباشد. شما باید در مورد تمام نیازهای مراقبت از دندان از جمله خدمات پیشگیری از بیماری، مشکلات متداول دندانپزشکی، مشاوره با متخصصان طرح و خدمات اضطراری (در صورت امکان) با PCD خود تماس بگیرید. PCD مسئول ارائه خدمات عمومی مراقبت از دندان و هماهنگی با برنامه‌ریزی ارجاع به سایر متخصصان مورد نیاز طرح است. طرح درمانی باید اجازه چنین ارجاعاتی را صادر کند.

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، مشمول پوشش طرح نیستند، مگر در مواردی که شرایط اورژانس دندانپزشکی وجود داشته باشد. 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

توجه: اعضای که قرار ملاقات‌های متداول دندانپزشکی خود را (هر 6 ماه یک بار) انجام نداده‌اند، ممکن است متوجه شوند که قبل از استفاده از مراقبت‌های عادی مانند تمیز کردن منظم، به خدماتی شامل جرم‌گیری پرپودنتال و هموارسازی ریشه نیاز دارند یا نیاز خواهند داشت.

سه‌م بیمه شده عضو

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

سه‌م بیمه شده عضو در زمان ارائه خدمات یا شروع مراقبت سررسید شده و قابل پرداخت است.

اگر برای دریافت اطلاعات در مورد برنامه درمانی خود به کمک بیشتری نیاز دارید یا اگر در مورد پرداخت‌های سه‌م بیمه شده که برای اقدامات دندانپزشکی تحت پوشش طرح از شما دریافت می‌شود، سؤالی دارید، می‌توانید از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، از 1 اکتبر تا 31 مارس 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر در روزهای هفته، با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866) تماس بگیرید.

انتخاب دندانپزشک مراقبت‌های درمانی اصلی

در زمان ثبت نام، باید یک دندانپزشک درون شبکه را به عنوان PCD خود انتخاب کنید. اگر نتوانید یک دندانپزشک درون شبکه را انتخاب کنید یا دندانپزشک درون شبکه انتخاب شده در دسترس نباشد، DPA از شما درخواست می‌کند تا دندانپزشک درون شبکه دیگری را انتخاب کنید یا یک دندانپزشک درون شبکه را به شما اختصاص می‌دهد.

شما می‌توانید از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر در روزهای هفته، از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، دندانپزشک درون شبکه‌ای اختصاص داده شده به خود را تغییر دهید. برای اطمینان از اینکه به دندانپزشک درون شبکه شما اطلاع داده شود و لیست‌های واجد شرایط بودن DPA صحیح باشند، درخواست تغییرات در دندانپزشکان درون شبکه باید قبل از 21 روز ارسال شود تا تغییرات در روز اول ماه بعد اعمال شوند.

اگر دندانپزشک شما دیگر با Blue Shield TotalDual Plan DPA قرارداد نداشته باشد

اگر دندانپزشک درون شبکه انتخاب شده شما به دلیل عدم انجام قرارداد یا زیر پا گذاشتن قرارداد، نتواند قرارداد خود را با DPA ادامه دهد، یا اگر DPA قرارداد را فسخ کرده باشد، DPA حداقل 30 روز قبل از تاریخ توقف قطعی قرارداد با دندانپزشک، به شما اطلاع می‌دهد تا بتوانید دندانپزشک دیگری را انتخاب کنید.

اگر به این دلیل توسط DPA مطلع شوید که نیاز به انتخاب دندانپزشک دیگری دارید، هزینه‌های تکرار و انتقال گرافی اشعه ایکس یا سایر سوابق، دریافت نمی‌شود. همچنین، دندانپزشک درون شبکه (الف) یک پروتز پارسیل یا کامل را که قالب‌های نهایی برای آن گرفته شده است و (ب) تمام اقدامات روی هر دندانی که کار روی آن شروع شده است (مانند تکمیل درمان در حال انجام کانال‌های ریشه و تحویل روکش‌ها هنگامی که دندان‌ها آماده شده باشند) را تکمیل خواهد کرد.

خدمات مراقبت دندانپزشکی اضطراری فاقد پوشش Medicare

خدمات اورژانسی فاقد پوشش Medicare به معنای مراقبت‌های درمانی ارائه شده توسط دندانپزشک برای درمان یک بیماری دندانی است.



که با یک علامت با شدت کافی از جمله درد شدید ظاهر می‌شود، به طوری که عدم توجه فوری توسط عضو می‌تواند به طور منطقی منجر به موارد زیر شود (1) قرار دادن سلامت دندان عضو در معرض خطر جدی، یا (2) آسیب جدی به عملکرد دندان.

خدمات مراقبت دندانپزشکی اضطراری فاقد پوشش Medicare داخل منطقه

اگر احساس می‌کنید که به مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی که فاقد پوشش Medicare هستند نیاز دارید و در منطقه خدماتی Blue Shield TotalDual Plan هستید، فوراً با دندانپزشک شبکه اختصاص داده شده به خود تماس بگیرید. کارمندان مطب دندانپزشکی به شما اعلام می‌کنند که باید چه کاری انجام دهید.

خدمات مراقبت دندانپزشکی اضطراری فاقد پوشش Medicare خارج از منطقه

اگر خارج از منطقه خدماتی Blue Shield TotalDual Plan هستید و به مراقبت‌های اضطراری دندانپزشکی که فاقد پوشش Medicare هستند نیاز دارید، می‌توانید از هر دندانپزشک دارای مجوز خدمات درمانی دریافت کنید. خدماتی که از دندانپزشک خارج از منطقه دریافت می‌کنید تا زمانی که انتقال شما به یکی از ارائه‌کنندگان شبکه برای سلامتی شما خطرناک باشد، تا سقف \$100 (پس از کسر مبلغ سهم بیمه شده عضو) تحت پوشش قرار می‌گیرد.

بازپرداخت هزینه خدمات مراقبت دندانپزشکی اضطراری فاقد پوشش Medicare خارج از منطقه

هزینه پوشش خدمات اضطراری دندانپزشکی فاقد پوشش Medicare در خارج از منطقه، تا سقف \$100 (پس از کسر مبلغ سهم بیمه شده عضو) به شما بازپرداخت می‌شود. در صورت امکان، باید از دندانپزشک خود بخواهید که صورت‌حساب را مستقیماً به آدرس Blue Shield که در زیر آمده است، ارسال کند.

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

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

برای درخواست مطالبه هزینه، محدودیت زمانی وجود دارد. به طور کلی، صورت‌حساب‌های خدمات باید ظرف مدت یک سال از تاریخ ارائه خدمات به Blue Shield ارسال شود، مگر اینکه دلیلی برای تعویق در تکمیل درخواست وجود داشته باشد.

بخش DPA ما خدمات دندانپزشکی اورژانسی فاقد پوشش Medicare را که دریافت کرده‌اید بررسی می‌کند و اگر واجد شرایط بازپرداخت باشید، ظرف مدت 30 روز پس از دریافت درخواست مطالبه هزینه به شما اطلاع می‌دهد. به جز خدمات دندانپزشکی اورژانسی فاقد پوشش Medicare، مسئولیت پرداخت کامل خدمات دندانپزشکی که در خارج از کالیفرنیا دریافت می‌کنید بر عهده خود شما خواهد بود.

رد درخواست مطالبه بازپرداخت هزینه خدمات مراقبت دندانپزشکی اضطراری فاقد پوشش Medicare خارج از منطقه

اگر درخواست مطالبه شما برای بازپرداخت هزینه خدمات مراقبت دندانپزشکی اضطراری فاقد پوشش Medicare خارج از منطقه به طور جزئی یا کامل رد شود، DPA این تصمیم را به صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. این اطلاعیه به طور مشخص دلیل رد درخواست را شامل می‌شود و به شما اطلاع می‌دهد که می‌توانید درخواست تجدیدنظر در مورد رد درخواست داشته باشید.

برای درخواست تجدیدنظر در مورد رد درخواست یا رد قسمتی از درخواست، ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ اعلامیه کتبی امتناع، یک اخطار کتبی به Blue Shield TotalDual Plan ارسال کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید.

اخذ نظر ثانویه برای مراقبت‌های درمانی از دندان

اگر با تشخیص و یا تصمیم در مورد طرح درمانی که توسط دندانپزشک درون شبکه شما تهیه شده، DPA مخالف هستید یا در مورد آن تردید دارید، می‌توانید نظر ثانویه درخواست کنید همچنین ممکن است درخواست کند که نظر ثانویه را برای بررسی ضرورت و مناسب بودن درمان دندانپزشکی یا توضیح مزایا 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 (مجوز در صورت امکان تا 72 ساعت پس از دریافت درخواست، تأیید یا رد می‌شود). برای دریافت کمک یا اطلاعات اضافی در مورد روال‌ها و چارچوب‌های زمانی برای مجوزهای نظر ثانویه، با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866)، از 1 اکتبر تا 31 مارس از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته (به جز روزهای تعطیل) و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر در روزهای هفته، تماس بگیرید یا به DPA نامه بنویسید.

نظر ثانویه در یکی دیگر از مراکز دندانپزشکی درون شبکه ارائه خواهد شد، مگر اینکه DPA توسط مجوز دیگری صادر شده باشد. در صورتی که دندانپزشک درون شبکه واجد شرایط و مناسبی در دسترس نباشد، DPA مجوز نظر ثانویه را برای یک ارائه‌کننده خارج از شبکه صادر می‌کند. DPA فقط برای نظر ثانویه DPA که 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 مخالف بودید، می‌توانید تقاضای تجدید نظر را به Blue Shield TotalDual Plan تسلیم کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش نارضایتی‌ها و تجدیدنظر مراجعه کنید.

هماهنگی مزایا

در صورتی که سایر بیمه‌نامه‌ها یا طرح‌های دیگر علاوه بر هزینه‌های مراقبت‌های دندانپزشکی، خدمات یا هزینه‌های دیگری را نیز پوشش دهند، این طرح بدون توجه به پوشش سایر بیمه‌نامه‌های گروهی یا سایر طرح‌های مزایای سلامت گروهی، مزایا را ارائه می‌دهد. در غیر این صورت، مزایای ارائه شده تحت این طرح توسط متخصصین یا دندانپزشکان خارج از شبکه با سایر بیمه‌نامه‌های دندانپزشکی گروهی یا سایر طرح‌های مزایای دندانپزشکی گروهی هماهنگ می‌شود. تعیین اینکه کدام بیمه‌نامه یا طرح درمان، اصلی است باید تحت قوانین مندرج در قرارداد کنترل شود.

اگر این طرح درمان ثانویه باشد، مبالغ کمتری را برای موارد زیر پرداخت خواهد کرد:

- مبلغی که این طرح در صورت عدم وجود پوشش مزایای دندانپزشکی دیگری پرداخت می‌کند، یا؛
- مجموع هزینه‌های پرداخت شده از جیب عضو با توجه به طرح مزایای دندانپزشکی اولیه، تا زمانی که مزایا مربوطه تحت پوشش این طرح باشد.

عضو باید اطلاعات خود را در اختیار DPA قرار دهد و DPA می‌تواند هر گونه اطلاعاتی را در مورد آن عضو که برای مدیریت مزایا لازم است را به هر شرکت بیمه یا سازمان دیگری ارائه دهد یا این اطلاعات را از آن‌ها دریافت کند. DPA به صلاحدید خود، تعیین خواهد کرد که آیا هرگونه بازپرداخت به یک شرکت بیمه یا سازمان دیگر، متناسب با مقررات مزایای شرح داده شده در اینجا، تضمین شده است یا خیر و هر گونه بازپرداخت پرداخت شده، تحت این قرارداد به عنوان مزایای تلقی خواهد شد. DPA با توجه به انتخاب خود، حق بازبایی مبالغ هر گونه 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

رسیدگی به نارضایتی‌ها و تجدیدنظر

تعهد ما به شما این است که نه تنها کیفیت مراقبت‌های درمانی، بلکه کیفیت طول روند درمان را نیز تضمین کنیم. کیفیت درمان گستره‌ای از خدمات حرفه‌ای ارائه شده توسط دندانپزشکان درون شبکه تا حسن نیت ارائه شده توسط نمایندگان تلفنی ما به شما دارد. اگر در مورد واجد شرایط بودن، رد کردن خدمات یا مطالبات دندانپزشکی، سیاست‌ها، روال‌ها یا عملیات‌های DPA یا کیفیت خدمات دندانپزشکی انجام شده توسط دندانپزشک درون شبکه، سؤال یا شکایتی دارید، حق دارید از Blue Shield TotalDual Plan شکایت کنید یا درخواست تجدیدنظر دهید. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید. اگر هرگونه سؤالاتی دارید، لطفاً با ما به شماره **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره‌های تلفن در پشت جلد این سند درج شده است).

محدودیت‌های عمومی برای طرح خدمات متداول HMO دندانپزشکی

1. معاینات دهان به یک (1) مورد در هر سه (3) سال تقویمی، برای هر ارائه‌کننده یا هر مکان محدود می‌شود (D0150).
2. خدمات پیشگیری از بیماری یا پاکسازی پلاک‌ها به دو (2) مورد در سال تقویمی محدود می‌شود (D1110).
3. استفاده موضعی از فلوراید (بدون روکش) به دو (2) در هر سال محدود می‌شود. (D1208).
4. روکش دندان - چینی نوب شده روی فلزات نجیب، به 2 مورد در هر سال تقویمی محدود می‌شود (D2750).
- 5 پروتز - پروتز پارسیل فوری فک بالا - بدنه داخلی فلزی با پایه پروتز رزینی پایه (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) 1 مورد در هر 5 سال تقویمی به ازای هر بیمار برای هر قوس فک (D5223).
- 6 پروتکتیکس - جراحی فلپ لثه - شامل صاف کردن ریشه - یک تا سه دندان بی‌بوته یا فضای محدود به دندان در هر نیم فک 1 مورد در هر نیم فک در هر 3 سال تقویمی (D4241).
- 7 پروتزهای پارسیل به یک (1) مورد در هر سال محدود می‌شوند (D5820 و D5821).
- 8 هزینه عضوی که درمان ارتودنسی دریافت می‌کند و پوشش آن به هر دلیلی لغو شده یا خاتمه می‌یابد، بر اساس هزینه‌های معمول متخصص ارتودنسی درون شبکه برای طرح درمان خواهد بود. متخصص ارتودنسی درون شبکه مبلغ را برای تعداد ماه‌های باقی مانده تا تکمیل درمان به تناسب تعیین می‌کند. عضو به طور مستقیم مبلغ را طبق ترتیب به متخصص ارتودنسی درون شبکه می‌پردازد.

استثنائات عمومی برای طرح خدمات متداول HMO دندانپزشکی

1. هر روشی که به طور خاص در جدول مزایای خدمات رایج دندانپزشکی ذکر نشده باشد.

2. هر جراحی یا روالی که با نظر حرفه‌ای دندانپزشک درون شبکه:
 - الف. پیشرفت درمان کم برای نتیجه دستیابی به درمان موفقیت و افزایش طول زمان درمان با توجه به وضعیت دندان یا دندان‌ها و یا ساختارهای اطراف آن دارد یا
 - ب. با استانداردهای عمومی پذیرفته شده برای دندانپزشکی مطابقت ندارد.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

3. خدمات صرفاً برای اهداف زیبایی یا برای بیماری‌هایی که در نتیجه عیوب مادرزادی یا در طول رشد ایجاد می‌شوند، مانند شکاف کام، ناهنجاری‌های فک بالا و پایین، دندان‌های از دست رفته به صورت مادرزادی و دندان‌های دچار تغییر رنگ شده یا فاقد مینا باشد.
4. لوازم و وسایل گم شده یا دزدیده شده شامل، اما نه محدود به، پروتزهای کامل یا پارسیل، نگهدارنده‌های فضای بین دندانی، روکش‌ها و پروتزهای پارسیل ثابت (بریج‌ها).
- 5 جراحی‌ها، موارد مورد استفاده یا ترمیم‌ها، در صورتی که هدف تغییر ابعاد عمودی فک یا تشخیص یا درمان بیماری‌های غیرطبیعی مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) باشد.
- 6 فلزات گرانبها برای وسایل متحرک، پایه‌های نرم دائمی یا فلزی برای پروتزهای کامل، دندان‌های مصنوعی از جنس چینی، اباتمنت‌های ظریف برای پروتزهای پارسیل متحرک یا ثابت (روکش‌ها، ایمپلنت‌ها و وسایل مرتبط با آنها) و شخصی‌سازی و ایجاد خصوصیات در پروتزهای کامل و پارسیل.
- 7 لوازم و متعلقات دندانی برای استحکام ایمپلنت، نصب و قرارگیری، نگهداری، برداشتن ایمپلنت و سایر خدمات مرتبط با ایمپلنت دندانی.
- 8 مشاوره در مورد مزایای خارج از پوشش بیمه.
- 9 خدمات دندانپزشکی دریافت شده از هر مرکز دندانپزشکی غیر از دندانپزشکان درون شبکه تخصیص داده شده، متخصص دندانپزشکی از پیش مجاز شده، یا متخصص ارتودنسی درون شبکه به جز خدمات مراقبت‌های دندانی اورژانسی که در مدارک بیمه توضیح داده شده است.
- 10 کلیه هزینه‌های مربوط به پذیرش، استفاده، یا بستری در بیمارستان، مرکز جراحی سرپایی، مرکز مراقبت‌های تکمیلی، یا سایر مراکز مراقبتی مشابه.
11. داروهای نسخه دار.
12. هزینه‌های دندانپزشکی که در ارتباط با هر عمل دندانپزشکی یا ارتودنسی انجام می‌شود که قبل از واجد شرایط بودن عضو در طرح Blue Shield TotalDual Plan شروع شده باشد. به عنوان مثال می‌توان موارد زیر را نام برد: دندان آماده شده برای روکش، کانال ریشه در حال درمان، پروتزهای کامل یا پارسیل که برای آنها قالب گرفته شده است و ارتودنسی.
13. تغییر در درمان ارتودنسی که به دلیل هر نوع تصادفی، ضروری شده است.
14. دستگاه‌ها و یا درمان‌های مایوفانکشنال و پارافانکشنال.
15. براکت‌های کامپوزیتی یا سرامیکی، باندینگ زبانی ارتودنسی و سایر جایگزین‌های تخصصی یا زیبایی برای لوازم ارتودنسی ثابت و متحرک استاندارد.
16. کشیدن دندان، زمانی که دندان‌ها بدون علامت/غیر پاتولوژیک هستند (بدون علائم یا نشانه‌های آسیب‌شناسی یا عفونت)، شامل، اما نه محدود به کشیدن دندان‌های آسیاب سوم و کشیدن دندان‌ها برای ارتودنسی.
17. پروتزهای پارسیل موقت (stayplates)، همراه با لوازم ثابت یا متحرک، محدود به جایگزینی دندان‌های قدامی کشیده شده برای بزرگسالان در طول دوره بهبودی است.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



زمانی که نتوان دندان‌ها را به پروتز پارسیل موجود اضافه کرد.

18. مزایا برای برنامه درمان بافت نرم به آن بخش‌هایی محدود می‌شود که در فهرست خدمات تحت پوشش در جدول مزایای خدمات رایج دندانپزشکی ذکر شده باشند. اگر یک عضو خدمات فاقد پوشش بیمه را در یک برنامه درمان بافت نرم رد کند، سایر مزایای تحت پوشش بیمه، حذف یا تغییر نخواهند کرد.

19. خدمات درمانی یا وسایلی که توسط یک دندانپزشک متخصص پروتزهای دندان‌ها ارائه شود.

20. درمان ارتودنسی باید توسط دندانپزشک دارای مجوز انجام شود. ارتودنسی که توسط خود شخص تجویز شود تحت پوشش نیست.

21. برداشتن لوازم ارتودنسی ثابت به دلایلی غیر از اتمام درمان، تحت پوشش مزایا نیست.

E. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه درمانی ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما این خدمات از طریق Original Medicare یا Medi-Cal Fee-for-Service در دسترس هستند.

E1. طرح انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

طرح انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT) از سازمان‌های پیشرو محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal که حداقل 90 روز متوالی را در یک مرکز بستری بوده‌اند، استفاده می‌کند تا بتوانند به اجتماع خود برگردند و با اطمینان خاطر در آن زندگی کنند. طرح CCT خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه را در طول دوره قبل از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال، برای کمک به بازگشت افراد ذینفع به اجتماع، تأمین مالی می‌کند.

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

برای خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه (CCT)

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه را پرداخت می‌کند. شما 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 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

طرح 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 دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌های انتقال به جامعه غیر CCT نیاز دارید، با هماهنگ کننده 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.

E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental Program در دسترس هستند؛ این خدمات شامل خدماتی مثل موارد زیر هستند اما محدود به آنها نمی‌شوند:

- معاینات اولیه، تصویربرداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری و فلورایددرمانی
- ترمیم و روکش
- مداوای کانال ریشه
- دندان مصنوعی پارشال و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین

مزایای دندانپزشکی در طرح Medi-Cal Dental Fee-For-Service در دسترس است. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، 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 باید با شماره 800-735-29221-تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental Services Program برای کمک به شما از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات بیشتر از وبسایت ما به آدرس www.dental.dhcs.ca.gov دیدن کنید.

علاوه بر Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program، ممکن است شما از طریق یک برنامه مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی، مزایای دندانپزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی در کانتی‌های Sacramento و Los Angeles در دسترس هستند. اگر اطلاعات بیشتری درباره برنامه‌های دندانپزشکی می‌خواهید یا می‌خواهید برنامه‌های دندانپزشکی 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، 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **توجه:** طرح ما خدمات دندانپزشکی اضافی ارائه می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.

E3. مراقبت قبل از فوت

اگر ارائه کننده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما پیش نشانه‌های پایان زندگی را دارید، شما حق انتخاب آسایشگاه بیماران رو به فوت را دارید. این بدان معناست که شما یک بیماری لاعلاج دارید و انتظار می‌رود که 6 ماه یا کمتر زنده بمانید. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به فوت مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا آسایشگاه‌های بیماران رو به فوت دارای گواهی Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه بیماران رو به فوت شما می‌تواند یک ارائه کننده شبکه یا ارائه کننده خارج از شبکه باشد.



برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هزینه‌هایی که ما برای ارائه خدمات مراقبت قبل از فوت پرداخت می‌کنیم، به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاه بیماران رو به فوت و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که مربوط به پیش‌نشانه‌های پایان زندگی شما می‌شود

- ارائه‌کننده آسایشگاه بیماران رو به فوت هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه می‌کند. Medicare هزینه‌های خدمات مراقبت‌های رو به فوت مربوط به پیش‌نشانه‌های پایان زندگی شما را پرداخت می‌کند. شما هزینه‌ای را برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که ارتباطی با پیش‌نشانه‌های پایان زندگی شما ندارند

- ارائه‌کننده هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش بخش A طرح Medicare یا بخش B طرح Medicare را پرداخت خواهد کرد. شما هزینه‌ای را برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای طرح Medicare بخش D باشند

- داروها هرگز تحت پوشش به طور همزمان آسایشگاه بیماران رو به فوت و طرح ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌هایی غیر از مراقبت قبل از فوت نیاز دارید، با هماهنگی‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا اقدامات لازم برای این خدمات را ترتیب دهد. مراقبت‌های غیر از مراقبت قبل از فوت، مراقبت‌هایی هستند که به بیماری لاعلاج شما مربوط نمی‌شود.

E4. خدمات حمایتی در خانه (IHSS)

- IHSS Program به پرداخت بابت خدماتی کمک می‌کند که به شما ارایه شده‌اند تا شما بتوانید با حفظ امنیت در منزل خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه محسوب می‌شود، از قبیل آسایشگاه یا مرکز اقامت و مراقبت.
- 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 پیرایشگری)، همراهی در قرارهای ویزیت پزشکی، و نظارت محافظت‌کننده برای معلولین روانی) است.
- هماهنگی‌کننده مراقبت‌های درمانی شما می‌تواند به شما کمک کند که برای خدمات IHSS به آژانس خدمات اجتماعی کانتی خود درخواست دهید. شما همچنین می‌توانید برای ثبت درخواست با دفتر Los Angeles IHSS به شماره (888) 944-4477 و دفتر San Diego IHSS به شماره (800) 339-4661 تماس بگیرید.

E5. 1915 (c) برنامه‌های معافیتهای خدمات برپایه جامعه و منزل (HCBS)

معافیتهای زندگی با همیاری (ALW)

- 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 ثبت‌نام کرده‌اند و به خدمات مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند همچنان عضو ALW بمانند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگ‌سازی مراقبت‌های ALW 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 ALW درخواست دهید. شما می‌توانید آژانس‌های محلی را که می‌توانند خدمات مراقبتی شما را با برنامه ALW هماهنگ کنند در اینجا بیابید: 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 دو معافیت راهی برای تأمین مالی خدمات ویژه‌ای است که به افراد دارای معلولیت رشدی اجازه می‌دهد به جای اقامت در یک مرکز بهداشتی دارای مجوز، در خانه 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 که در معرض خطر قرار گرفتن در موسسات یا آسایشگاه سالمندان هستند، ارائه می‌دهد. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک «تیم مدیریت مراقبت» چند رشته‌ای متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می‌شود. این تیم خدمات «معافیت و طرح ایالتی» (مانند خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، خدمات حمایتی در محیط خانه و غیره) را هماهنگ می‌کند و سایر خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت موجود در جامعه محلی را سازماندهی می‌کند. خدمات «مدیریت مراقبت و معافیت» در محل سکونت اجتماعی (CBRF) شرکت‌کننده ارائه می‌شود. این اقامتگاه می‌تواند دارای مالکیت خصوصی باشد، از طریق قرارداد اجاره به مستاجر یا توسط محل اقامت یکی از اعضای خانواده شرکت‌کننده تأمین شود.
- اعضای که در HCBA Waiver ثبت‌نام کرده‌اند و به خدمات مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند همچنان عضو HCBA Waiver بمانند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس HCBA waiver شما همکاری می‌کند تا برای خدماتی که دریافت می‌کنید هماهنگی‌های لازم صورت گیرد.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

- هماهنگ کننده مراقبت‌های درمانی شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای خدمات ALW درخواست دهید. شما می‌توانید آژانس‌های محلی را که می‌توانند خدمات مراقبتی شما را با برنامه ALW هماهنگ کنند در اینجا ببینید: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

برنامه معافیت Medi-Cal به اختصار (MCWP)

- برنامه معافیت Medi-Cal یا (MCWP) به عنوان جایگزینی برای دریافت خدمات مراقبتی از یک مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات جامع مدیریت موردی بیمار و مراقبت مستقیم را در اختیار افراد مبتلا به HIV قرار 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 و ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی، خانواده، مراقبت دهنده(ها) و سایر ارائه کنندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را برای نگهداری از شرکت‌کننده در خانه و جامعه خود ارزیابی کنند.
- 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 بهداشت رفتاری و (4) هماهنگ کردن ارائه کنندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.
- اعضای که در MCWP Waiver ثبت‌نام کرده‌اند و به خدمات مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند همچنان عضو MCWP Waiver بمانند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس MCWP waiver شما همکاری می‌کند تا برای خدماتی که دریافت می‌کنید هماهنگی‌های لازم صورت گیرد.
- هماهنگ کننده مراقبت‌های درمانی شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای خدمات MCWP درخواست دهید. سیستم اطلاعات و ارزیابی منطقه‌ای ایدز (ARIES) از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. (به ساعت پاسیفیک) باز است. برای دسترسی به میز کمک (Help Desk):
 - با شماره (2743) 1-866-411-ARIES تماس بگیرید یا
 - یک درخواست ARIES Help Desk به aries@cdph.ca.gov ارسال کنید و نام، آژانس، شماره تلفن، سؤال/مشکل خود را در آن درج کنید. هیچگونه اطلاعاتی در مورد مشتری درج نکنید.

برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)، خدمات مدیریت مراقبت‌های درمانی و اجتماعی را برای کمک به افراد به منظور ماندن در خانه‌ها و جوامع خود، ارائه می‌دهد.
- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان برنامه خدمات حمایتی در محیط خانه را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگ سازی مراقبت‌های مداوم را فراهم می‌کند، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات اجتماعی و منابع مورد نیاز پیوند می‌دهد، هماهنگی‌های لازم را با ارائه کنندگان مراقبت درمانی انجام می‌دهد و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می‌کند که به طور معمول برای جلوگیری یا تأخیر در فرایند 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 درمانی و اجتماعی برای هر شرکت‌کننده MSSP ارزیابی کامل وضعیت سلامتی و روانی اجتماعی را برای تعیین خدمات مورد نیاز ارائه می‌دهد. سپس تیم با شرکت‌کننده MSSP، پزشک، خانواده و دیگران برای ایجاد یک برنامه مراقبت فردی همکاری می‌کند. شامل خدمات زیر:

- مدیریت مراقبت
- مراکز 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 ارتباطی.

- اعضای که در MSSP Waiver ثبت‌نام کرده‌اند و به خدمات مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند همچنان عضو MSSP Waiver بمانند 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 مراقبت‌های درمانی شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای خدمات MSSP درخواست دهید. 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

F. این مزایا تحت پوشش طرح من، Medi-Cal یا Medicare نیست.

این قسمت در مورد مزایایی است که توسط طرح ما مستثنی شده است. «مستثنی شده» یعنی ما هزینه این مزایا را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal هم هزینه آنها را پرداخت نمی‌کنند.



فهرست زیر برخی خدمات و اقلامی را توصیف می کند که تحت هیچگونه شرایطی پوشش نمی دهیم و برخی موارد که صرفاً در برخی موارد پوشش داده نمی شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی شده که در این بخش (یا هرکجای دیگر در این دفترچه اطلاعاتی/اعضا) ذکر شده اند را به جز در شرایط خاصی که اعلام شده است، پرداخت نمی کنیم. حتی اگر این خدمات را در یک مرکز اورژانس هم دریافت کنید، طرح هزینه این خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می کنید که طرح درمانی ما باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند را پرداخت کند، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.

علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیتی که در «جدول مزایا» توضیح داده شده است، برنامه درمانی ما اقلام و خدمات زیر را تحت پوشش قرار نمی دهد.

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» محسوب نمی شوند، مگر اینکه این خدمات را به عنوان خدمات تحت پوشش ذکر کنیم.
- درمان ها، اقلام و داروهای تحقیقاتی پزشکی و جراحی، مگر اینکه توسط Medicare یا تحت پژوهش تحقیقاتی بالینی مجاز Medicare یا توسط برنامه درمانی ما تحت پوشش باشند. برای اطلاعات بیشتر درباره پژوهش های تحقیقاتی بالینی، به **فصل 3 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید. مداوا و اقلام تجربی مواردی هستند که معمولاً مورد پذیرش جامعه پزشکی نیستند.
- 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
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، از قبیل تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه های اخذ شده توسط بستگان بسیار نزدیک شما یا اعضای خانوارتان.
- تحویل خوراک در محل خانه شما
- روال ها 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 زیباسازی یا روش زیباسازی دیگر، مگر اینکه به خاطر مصدومیت تصادفی یا برای بهبود بخشی از بدن که به شکل و ریخت صحیح نیست لازم باشد. اما هزینه بازسازی سینه را بعد از جراحی برداشتن پستان و برای ترمیم سینه دیگر به منظور یکسان شدن آنها با هم باشد، پرداخت می کنیم.
- مراقبت کایروپراکتیک و سایر دستکاری های ستون فقرات سازگار با رهنمودهای پوشش بیمه.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- 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.
- وسایل حمایتی برای پا، به جز کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای اشخاص مبتلا به بیماری پای دیابتی
- برش شعاعی قرنیه، جراحی لیزیک، بینایی درمانی و سایر کمک‌های ضعف بینایی.
- برعکس کردن روال‌های عقیم‌سازی و لوازم ضدحاملگی غیرتجویزی.
- 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 هنگامیکه یک سرباز بازنشسته خدمات اضطراری را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و سهمی شدن در هزینه VA بیش از سهمی شدن در هزینه برنامه ماست، مابه‌التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما هنوز برای مبالغ سهم اشتراک هزینه خودتان مسئول هستید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



فصل 5: دریافت داروهای نسخه دار شما برای بیماران سرپایی

مقدمه

این فصل مقررات دریافت داروهای نسخه دار شما برای بیماران سرپایی را توصیف می‌کند. اینگونه داروها را ارائه‌کننده شما تجویز می‌کند تا از داروخانه یا توسط خدمات پستی دریافت کنید. این داروها شامل اقلامی می‌شوند که تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal هستند. **فصل 6 دفترچه اطلاعاتی/اعضا هزینه‌ای** را که برای این داروها پرداخت می‌کنید شرح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

ما داروهای زیر را نیز پوشش می‌دهیم، اگرچه در این فصل توضیح داده نمی‌شوند:

- **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 در مورد داروهای تحت پوشش Medicare بخش B، به جدول مزایا در **فصل 4 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.
- علاوه بر برنامه Medicare بخش D و پوشش مزایای پزشکی، اگر در آسایشگاه بیماران رو به فوت Medicare باشید، داروهای شما ممکن است تحت پوشش Original Medicare قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5، بخش F «اگر در یک طرح آسایشگاه بیماران رو به فوت دارای مجوز Medicare هستید» مراجعه کنید.

مقررات داروهای تحت پوشش برنامه درمانی ما برای بیماران سرپایی

ما معمولاً داروهای شما را تا زمانیکه از مقررات این بخش پیروی کنید پوشش می‌دهیم.

شما باید از پزشک یا ارائه‌کننده 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 فهرست «ارائه‌کنندگان معلق و فاقد صلاحیت Medi-Cal» باشد.

شما به طور کلی، برای پیچیدن نسخه خود باید از داروخانه‌های شبکه استفاده کنید.

داروی نسخه دار شما باید در **فهرست داروهای تحت پوشش برنامه درمانی** ما قید شده باشد. به این فهرست در اختصار «فهرست دارویی» می‌گوییم.

- اگر در فهرست دارویی نیست، ممکن است آنرا با قید مورد استثنا بتوانیم تحت پوشش قرار 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 یک عارضه پذیرفته شده از نظر پزشکی، 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. پزشک 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 «فاقد برچسب» خوانده می‌شوند. داروهایی که برای موارد مصرف «فاقد برچسب» استفاده می‌شوند "از لحاظ پزشکی پذیرفته شده" نبوده و بنابراین جزو مزایای تحت پوشش نیستند، مگر اینکه:
- این کاربرد «فاقد برچسب» در یکی از کتاب‌های مرجع مورد تأیید CMS ذکر شده باشد.

فهرست مطالب

- A. پیچیدن نسخه های شما.....147
- A1. پیچیدن نسخه در یکی از داروخانه‌های شبکه 147
- A2. استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام پیچیدن نسخه 147
- A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دادید چه باید بکنید 147
- A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود باید چه کنید 147
- A5. استفاده از یک داروخانه تخصصی 148
- A6. استفاده از داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود 148
- A7. دریافت ذخیره بلند مدت دارو 150
- A8. استفاده از خدمات داروخانه‌ای که در شبکه طرح درمانی ما نیست 150
- A9. دریافت بازپرداخت برای هزینه نسخه 151
- B. فهرست دارویی برنامه درمانی ما.....151
- B1. داروهای موجود در فهرست دارویی ما 151
- B2. چگونه یک دارو را در فهرست دارویی پیدا کنیم 152
- B3. داروهای ناموجود در فهرست دارویی ما 152

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

- 153..... B4. فهرست دارویی ردیف‌های دارای سهم هزینه
- 154..... C. محدودیت‌ها برای برخی از داروها.
- 155..... D. دلایل عدم پوشش داروی شما.
- 155..... D1. دریافت مقدار موقتی از دارو
- 156..... D2. درخواست مقدار موقتی از دارو
- 157..... D3. درخواست برای استثناء
- 157..... E. تغییر در پوشش داروهای شما.
- 159..... F. پوشش دارویی در موارد ویژه.
- 159..... F1. اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی که تحت پوشش برنامه درمانی ما است
- 160..... F2. اقامت در مرکز مراقبت بلند مدت
- 160..... F3. اقامت در آسایشگاه بیماران رو به فوت دارای مجوز Medicare
- 160..... G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها.
- 160..... G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها
- 161..... G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت استفاده از داروهایتان
- 162..... G3. برنامه مدیریت استفاده از دارو برای استفاده ایمن از داروهای مخدر

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



A. پیچیدن نسخه های شما**A1. پیچیدن نسخه در یکی از داروخانه های شبکه**

در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه هایی را پرداخت می کنیم که در یکی از داروخانه های شبکه ما پیچیده شده باشند. داروخانه شبکه موافقت می کند که نسخه های اعضای برنامه درمانی ما را بپیچد. شما می توانید از هر یک از داروخانه های شبکه ما استفاده کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام پیچیدن نسخه

برای پیچیدن نسخه، «کارت شناسایی عضو» خود را در داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه بابت سهم ما از هزینه داروی نسخه دار تحت پوشش برای ما صورتحساب ارسال می کند. هنگام برداشتن داروی نسخه دار خود لازم است که سهم 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 درخواست کنید که با ما تماس گرفته و اطلاعات لازم را دریافت کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل داروی نسخه دار را در هنگام برداشتن آن پرداخت کنید. سپس شما می توانید بازپرداخت سهم ما از هزینه را درخواست ارائه کنید. اگر نمی توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما هرچه از دستمان بر بیاید را برای کمک به شما انجام خواهیم داد.

- برای اینکه از ما بخواهید که مبلغ را به شما بازپرداخت کنیم، به فصل 7 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.
- اگر برای پیچیدن نسخه به کمک نیاز دارید، می توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دادید چه باید بکنید

اگر داروخانه را تغییر دهید و نیاز به تجدید یک نسخه داشته باشید، می توانید از ارائه کننده بخواهید برای شما یک نسخه جدید بنویسد یا اگر اقام 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، می توانید با خدمات مشتریان 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 پیدا کردن یک داروخانه شبکه جدید، به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید 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 داروهایی را برای تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای ساکنین مراکز مراقبت بلند مدت از قبیل مراکز پرستاری تأمین می‌کنند.
 - مراکز مراقبت بلند 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 بلند مدت شما در شبکه ما نیست، یا در دریافت داروهای خود در یک مرکز مراقبت بلند مدت با مشکل مواجه شدید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌هایی که به خدمات درمانی سرخپوستان/برنامه بهداشت شهری سرخپوستان خدمت رسانی می‌کنند. به غیر از موارد اضطراری، تنها بومیان آمریکایی یا بومیان آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی 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 پیدا کردن یک داروخانه تخصصی شبکه، به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A6. استفاده از داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود

برای بعضی داروهای خاص، شما می‌توانید از داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی در شبکه طرح ما استفاده کنید. به طور کلی، داروهایی در داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی قابل دسترس هستند که شما مرتب برای یک بیماری مزمن یا وضعیت پزشکی بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی طرح ما در دسترس نیستند، با نماد NDS در فهرست دارویی ما مشخص شده‌اند.

داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می‌دهند سفارش تأمین دارو برای مصرف حداکثر 100 روزه را برای داروهای رده 1 ثبت کنید: داروهای ژنریک و ذخیره 90 روزه برای رده 2: داروهای ژنریک، رده 3: داروهای برندهای ترجیحی و رده 4: داروهای غیر-ترجیحی. تأمین دارو برای مصرف 90 روزه و تأمین دارو برای مصرف 100 روزه دارای همان سهم بیمه‌شده مشابه تأمین دارویی یک ماهه است.

پیچیدن نسخه‌ها از طریق پست

برای دریافت فرم‌های سفارش و اطلاعات مربوط به پیچیدن نسخه‌های خود از طریق پست، لطفاً از طریق شماره پشت جلد این دفترچه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر از داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی استفاده می‌کنید که درون شبکه طرح نیستند، نسخه شما تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.

معمولاً نسخه خدمات پستی ظرف مدت 14 روز به دست شما می‌رسد.

ولی گاهی اوقات ممکن است نسخه خدمات پستی شما با تأخیر مواجه شود. اگر از داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی اطلاعیه‌ای مبنی بر احتمال تأخیر در ارسال نسخه خود دریافت کردید، که ناشی از اشتباه از سوی شما نبوده است، لطفاً از طریق شماره پشت جلد این دفترچه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. یکی از نمایندگان Blue Shield به شما کمک می‌کند تا داروی کافی مورد نیاز خود را از یکی از داروخانه‌های شبکه خرده فروشی محلی تهیه کنید، بنابراین تا زمانی که داروی خدمات پستی شما نرسیده است، بدون دارو نخواهید بود. در این مورد ممکن است نیاز به تماس با پزشک خود داشته باشید تا تلفنی یا از طریق فاکس نسخه جدیدی را به داروخانه شبکه خرده فروشی ارسال نماید و تا بتوانید مقدار داروی مورد نیازتان را تا زمانی که داروی خدمات پستی خود را دریافت می‌کنید، تامین کنید.

اگر تأخیر بیش از 14 روز از تاریخ سفارش نسخه از داروخانه با خدمات سفارش پستی باشد و این تأخیر به دلیل گم شدن دارو در سیستم پستی باشد، خدمات مشتریان می‌تواند درخواست تعویض سفارش را با داروخانه با خدمات سفارش پستی هماهنگ کند.

روال‌های داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی

داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی برای نسخه‌های جدیدی که از شما دریافت می‌کنند، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه کننده شما دریافت می‌کنند و نسخه‌های تجدید داروی شما از طریق داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی، روال‌های متفاوتی دارند.

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 ارائه کننده مراقبت درمانی دریافت کرد، با شما تماس می‌گیرد تا ببیند که آیا می‌خواهید دارو را فوراً دریافت کرده یا بعداً دریافت کنید.

- این به شما فرصتی می‌دهد تا مطمئن شوید داروخانه داروی درست را (از نظر قدرت دارو، مقدار و ظاهر) به شما تحویل می‌دهد و در صورت نیاز، به شما امکان می‌دهد قبل از اینکه صورتحساب برای شما صادر شود و سفارش ارسال گردد، سفارش را متوقف یا به تعویق بیندازید.
- 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.

3. تهیه نسخه‌های تجدید دارو از طریق داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی

برای تجدید دارو، 14 روز قبل از اتمام نسخه فعلی با داروخانه خود تماس بگیرید تا مطمئن شوید سفارش بعدی شما به موقع برای شما ارسال می‌شود.



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 TotalDual Plan همیشه به روز باشد. اگر نیاز است که شماره تلفن یا آدرس خود را به روز رسانی کنید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan (شماره تلفن در پایین این صفحه درج شده) تماس بگیرید.

A7. دریافت ذخیره بلند مدت دارو

می‌توانید یک ذخیره بلند مدت از داروهای حفظ سلامتی در فهرست دارویی برنامه درمانی ما را دریافت کنید. داروهای حفظ سلامتی 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. تامین دارو برای مصرف 90 روزه و تامین دارو برای مصرف 100 روزه دارای همان سهم بیمه‌شده مشابه تامین دارویی یک ماهه است. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی می‌باشد که می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را به شما ارائه بدهند. همچنین شما می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

برای بعضی داروهای خاص، شما می‌توانید از داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی در شبکه طرح ما برای دریافت بلند مدت داروهای حفظ سلامتی استفاده کنید. برای آشنایی با داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی، 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 منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا می‌توانید نسخه‌های خود را به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما بپیچید.

ما هزینه پیچیدن نسخه‌ها در داروخانه خارج از شبکه را در موارد زیر پرداخت می‌کنیم:

- اگر شما قادر به دریافت به موقع یک داروی تحت پوشش در محدوده سرویس‌دهی ما نیستید چون هیچ داروخانه شبکه‌ای در مسافت رانندگی معقول اطراف شما وجود ندارد که خدمات 24 ساعته ارائه دهد.
- اگر شما سعی دارید داروهای نسخه داری تحت پوششی را دریافت کنید که به طور منظم در یک خرده‌فروشی 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 از 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 تحت پوشش خدمات دسترسی خارج از شبکه باشند.
- نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌شوند، محدود به تامین دارو برای مصرف 30 روزه برای داروهای تحت پوشش هستند.

در این موارد، ابتدا با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا متوجه شوید که آیا یکی از داروخانه‌های شبکه در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.



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. شما می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست دهید.

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 اطلاعات بیشتر، به فصل 7 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی برنامه درمانی 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 اقلامی می‌شود که تحت پوشش Medicare بخش D هستند.

اکثر داروهای نسخه دار که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح درمانی شما 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 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.

فهرست دارویی ما شامل داروهای برند، داروهای ژنریک و داروهای بیوسیمیلار (داروهای مشابه از نظر بیولوژیکی) است.

داروی برند، یک داروی نسخه دار است که با نام تجاری متعلق به تولیدکننده دارو فروخته می‌شود. داروهای برند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند (به عنوان مثال داروهایی که بر پایه پروتئین هستند) محصولات بیولوژیکی نامیده می‌شوند. 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 برند ساخته شده‌اند. از آنجایی که فرآورده‌های بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن فرم ژنریک، جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار یا داروهای مشابه از نظر بیولوژیکی نامیده می‌شود. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات



بیولوژیکی اثر می‌کنند و معمولاً ارزان‌تر هستند. برای بسیاری از داروهای برند و برخی از محصولات بیولوژیکی، جایگزین‌های دارویی عمومی یا جایگزین‌های مشابه زیستی وجود دارد. برای سوال در مورد اینکه آیا یک داروی ژنریک برای نیازهای شما مناسب است یا داروی برند، با ارائه‌کننده خود صحبت 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 وبسایت طرح درمانی ما به نشانی blueshieldca.com/medformulary2024 دیدن کنید. فهرست دارویی در وبسایت ما همیشه جدیدترین نسخه است.
- برای اینکه بفهمید که آیا یک دارو در فهرست دارویی ما وجود دارد یا برای درخواست نسخه ای از این فهرست با 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.
- با ورود به پورتال عضو خود در blueshieldca.com/medicare یا تماس با خدمات مشتریان، از "ابزار محاسبه آبی مزایا" استفاده کنید. 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](https://myblueshield.com) رفته، سپس روی Pharmacy (داروخانه) در زیر Benefits (مزایا) کلیک کنید.
 - در بخش Price check my Rx «بررسی قیمت Rx من»، روی Check current prescriptions «بررسی نسخه‌های فعلی» کلیک کنید.

B3. داروهای ناموجود در فهرست دارویی ما

ما هزینه همه داروهای نسخه دار را پرداخت نمی‌کنیم. 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.

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 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) نمی‌تواند برای دارویی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B هستند، هزینه‌ای پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها جزو مزایای داروهای نسخه دار سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
 2. برنامه درمانی ما دارویی که در خارج آمریکا و مناطق آن خرید 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 ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کرده باشد، حتی با وجود اینکه آن دارو برای درمان آن بیماری تایید نشده باشد. این کار «استفاده فاقد برچسب» خوانده می‌شود. برنامه درمانی ما معمولاً داروهایی که برای استفاده فاقد برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.
- همچنین برطبق 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 برای منظورات 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*
- 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) بازدید کنید.

B4. فهرست دارویی ردیف‌های دارای سهم هزینه

- هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف قرار دارد. ردیف یا رده، گروهی از داروهای عموماً یکسان است (مثلاً داروهای برند، ژنریک یا داروهای OTC). به طور کلی، هر چقدر ردیف سهم شدن در هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای 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.
 - داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: داروهای برند ترجیحی - شامل داروهای برند ترجیحی و بعضی داروهای ژنریک.

- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4: داروهای غیر-ترجیحی - شامل داروهای برند غیر-ترجیحی و بعضی داروهای ژنریک.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی (با بیشترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای برند بسیار گران و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به پردازش خاص و یا نظارت از نزدیک داشته باشند.

برای کسب اطلاعات در مورد ردیف داروی شما، برای دارو در فهرست دارویی جستجو کنید.

فصل 6 دفترچه اطلاعاتی اعضا در مورد مبلغی می‌باشد که برای داروها در هر ردیف پرداخت می‌کنید.

C. محدودیت‌ها برای برخی از داروها

برای داروهای نسخه دار خاص، مقررات ویژه ای نحوه و هنگامیکه برنامه درمانی 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. هنگامیکه یک داروی ایمن و کم هزینه تر به همان میزان داروی گران تر تاثیر دارد، ما انتظار داریم که ارائه کننده شما از داروی کم هزینه تر را نسخه کند.

اگر مقررات خاصی برای داروی شما وجود دارد، معمولاً بدین معنی است که شما و ارائه کننده شما باید اقدامات بیشتری را برای ما انجام دهید تا دارو را پوشش دهیم. برای مثال ارائه کننده شما ممکن است تشخیص بیماری شما را به ما گفته یا ابتدا نتایج آزمایشات خون را ارائه کند. اگر شما یا ارائه کننده شما فکر می‌کنید که مقررات ما نباید به موقعیت شما اعمال شوند، از ما درخواست کنید تا استثنا قائل شدیم. 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 قائل شدن، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید.

1. محدود سازی استفاده از داروی برند هنگامیکه نوع ژنریک وجود دارد

به طور کلی، داروی ژنریک به همان اندازه داروی برند مؤثر بوده و عموماً ارزان تر است. در بیشتر موارد، اگر نوع ژنریک داروی برند در دسترس باشد، داروخانه‌های شبکه ما نوع ژنریک را به شما خواهند داد.

- ما معمولاً هزینه داروی برند را هنگامیکه نوع ژنریک آن موجود باشد پرداخت نمی‌کنیم.
- ولی اگر ارائه کننده شما با ذکر دلیل پزشکی به ما بگوید که داروی ژنریک برای درمان شما مؤثر نخواهد بود، آنوقت ما داروی برند را پوشش خواهیم داد.

2. دریافت اجازه برنامه درمانی از قبل

برای برخی داروها، شما یا پزشک شما باید اجازه طرح درمانی ما را قبل از پیچیده شدن نسخه برای شما دریافت کند. اگر اجازه را دریافت نکنید، ممکن است ما دارو را پوشش ندهیم.

3. ابتدا داروی دیگر امتحان شود

به طور کلی، ما می‌خواهیم قبل از اینکه داروهای گران‌تر را پوشش دهیم، شما داروی ارزان‌تر (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 ارزان‌تر از داروی B است، ممکن است لازم بدانیم که شما ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر نبود، آنوقت ما داروی B را پوشش می‌دهیم. این کار درمان گام به گام خوانده می‌شود.

4. سقف مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم. این کار سقف مقدار خوانده می‌شود. مثلاً ممکن است مقدار دارویی را که می‌توانید در هر بار پیچیده شدن نسخه دریافت می‌کنید، 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 آخرین اطلاعات بروز شده، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا از وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/medformulary2024 دیدن کنید. اگر با تصمیم ما در مورد پوشش دارو بر اساس دلایل بالا مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. لطفاً به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود 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.

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 هنگامیکه 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.
2. شما باید در یکی از موقعیت های 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 از یک داروخانه شبکه دریافت کنید.
 - داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است دارو نسخه دار 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 از یک داروخانه شبکه دریافت کنید.
 - داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است دارو نسخه دار شما را در هر بار به مقادیر کم تامین کنند تا از اتلاف دارو جلوگیری شود.
 - اگر برای بیش از **90 روز** عضو برنامه درمانی ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید و فوراً به ذخیره دارو نیاز دارید:
 - ما مقدار دارو برای استفاده **31 روزه** یا کمتر در صورتیکه نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد را پوشش می‌دهیم. این علاوه بر تامین موقت فوق است.

D2. درخواست مقدار موقتی از دارو

برای درخواست تامین مقدار موقت از یک دارو، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



هنگامیکه یک ذخیره موقت دارویی را دریافت می کنید، باید بلافاصله با ارائه کننده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید هنگامیکه ذخیره داروی شما تمام شد چه کار کنید. گزینش های شما عبارتند از:

- می توانید به داروی دیگری تغییر دهید.

برنامه درمانی ما ممکن است داروی دیگری را که برای شما مؤثر است، پوشش دهد. می توانید با خدمات مشتریان تماس گرفته و برای فهرستی از داروهای تحت پوشش که همان عارضه پزشکی را درمان می کنند درخواست کنید. این فهرست می تواند به ارائه کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را پیدا کند.

یا

- می توانید برای استثناء درخواست کنید.

شما و ارائه کننده شما می توانید از ما برای استثناء درخواست کنید. به عنوان مثال، می توانید از ما بخواهید دارویی را که در لیست دارویی ما نیست را پوشش دهید یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهید. اگر ارائه کننده شما بگوید که یک دلیل خوب پزشکی برای استثناء دارید، می تواند برای دریافت استثناء به شما کمک کند.

D3. درخواست برای استثناء

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

- هرگونه تغییر در پوشش داروی شما برای سال آینده را به شما اطلاع می دهیم. درخواستی برای استثناء ارائه کنید تا دارو را برای سال آینده آنطور که می خواهید پوشش دهید.
- ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما برای استثناء قائل شدن (با بیانیه پشتیبانی تجویز کننده شما)، به درخواست شما پاسخ می دهیم.

برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثناء، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید.

اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

E. تغییر در پوشش داروهای شما

بیشتر تغییرات در پوشش دارو در 1 ژانویه اتفاق می افتد، اما ما ممکن است داروهایی را در طول سال به فهرست دارویی اضافه کرده یا از آن حذف کنیم. همچنین ممکن است قواعد خود را در مورد داروها تغییر دهیم. برای مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو به اجازه قبلی (PA) (اجازه ما قبل از اینکه بتوانید دارو را دریافت کنید) نیاز است یا نیاز نیست.
- مقدار دارویی را که دریافت می کنید افزوده یا آنرا تغییر دهیم (سقف مقدار).



- به محدودیت‌های درمان گام به گام برای یک دارو افزوده یا آنرا تغییر دهیم (قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم باید یک دارو را امتحان کنید).
- 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.
- 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/medformulary2024 بررسی کنید یا
 - برای بررسی لیست دارویی فعلی ما از طریق شماره تلفن درج شده در پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- بعضی تغییرات فهرست دارویی **بلافاصله** اعمال می‌شوند. برای مثال:
 - **یک داروی ژنریک جدید موجود شود.** گاهی اوقات، داروی ژنریک جدیدی به بازار عرضه می‌شود که همان اثر داروی برندی را دارد که هم اکنون در فهرست دارویی ما هست. در این صورت، ما ممکن است که داروی مارک دار را حذف کرده و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم ولی هزینه شما برای داروی جدید در همان سطح باقی مانده یا کمتر خواهد شد.
 - هنگامیکه داروی ژنریک جدیدی را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند 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 هنگامیکه ایجاد شد برای شما ارسال خواهیم کرد.
 - شما یا ارائه‌کننده شما می‌توانید برای «مستثنی شدن» از این تغییرات درخواست کنید. ما اطلاعیه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که اقدامات برای درخواست استثنا را توضیح می‌دهد. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
 - **دارو از بازار جمع‌آوری شده است.** اگر سازمان مواد غذایی و دارویی (Food and Drug Administration, FDA) اظهار کند که دارویی که مصرف می‌کنید بی‌خطر نیست یا تولیدکننده دارو آنرا از بازار جمع‌آوری کند، آنرا از فهرست دارویی حذف خواهیم کرد. اگر این دارو را مصرف می‌کنید، به شما

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

اطلاع می‌دهیم. 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 خود 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.
- ما داروی ژنریکی را اضافه کنیم که در بازار، جدید نیست و
 - داروی برند را جایگزین کنیم که در حال حاضر در فهرست دارویی وجود دارد یا
 - مقررات یا محدودیت های داروی برند را تغییر دهیم.

هنگامی که این تغییرات ایجاد شود، ما:

- حداقل 30 روز قبل از ایجاد تغییرات در فهرست دارویی خود به شما اطلاع می‌دهیم، یا
 - به شما اطلاع داده و 30 روز نخیره دارو را قبل از اینکه برای تجدید نسخه درخواست کنید به شما خواهیم داد.
- این کار به شما فرصت کافی را می‌دهد تا با پزشک خود یا تجویزکننده دیگری مشورت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تا تصمیم بگیرید که:

- آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی ما وجود دارد که می‌توانید به جای آن مصرف کنید یا
 - اگر برای استثنا از این تغییرات درخواست کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثنا قائل شدن، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید.
- ممکن است در داروهایی که مصرف می‌کنید تغییراتی ایجاد کنیم که در حال حاضر بر شما تأثیری نمی‌گذارد. در مورد چنین تغییراتی، اگر دارویی مصرف می‌کنید که در ابتدای سال پوشش داشته است، ما معمولاً پوشش آن دارو را در باقی سال حذف نکرده یا تغییر نمی‌دهیم.
- برای مثال، اگر دارویی را که مصرف می‌کنید حذف کنیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، این تغییر روی استفاده شما از آن دارو یا هزینه‌ای که در بقیه سال برای آن دارو پرداخت می‌کنید، تأثیری نمی‌گذارد.

F. پوشش دارویی در موارد ویژه

F1. اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی که تحت پوشش برنامه درمانی ما است

اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای اقامت تحت پوشش برنامه درمانی ما پذیرش شده باشید، ما معمولاً هزینه داروهای نسخه دارتان را در طول اقامت شما پوشش می‌دهیم. شما سهم بیمه شده را پرداخت نمی‌کنید. 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش داروها و هزینه‌های که می‌پردازید، به **فصل 6 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید.

F2. اقامت در مرکز مراقبت بلند مدت

معمولاً یک مرکز مراقبت بلند مدت از قبیل مرکز پرستاری، داروخانه خودش را دارد یا داروخانه‌ای دارد که داروها را برای همه ساکنین آنجا توزیع می‌کند. اگر در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می‌کنید، ممکن است بتوانید داروهای نسخه دار خود را در صورتی که جزو شبکه ما باشد از طریق داروخانه مرکز دریافت کنید.

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه آیا داروخانه مرکز مراقبت بلند مدت شما بخشی از شبکه ماست به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید. اگر نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

F3. اقامت در آسایشگاه بیماران رو به فوت دارای مجوز Medicare

داروها هرگز تحت پوشش به طور همزمان توسط آسایشگاه بیماران رو به فوت و برنامه درمانی ما نیستند.

- شما ممکن است در یک آسایشگاه بیماران رو به فوت Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به یک داروی مسکن، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا این دارو به پیش‌نشانه‌ها و عارضه پایان زندگی شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه‌کننده 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 ارائه‌کننده خدمات آسایشگاه بیماران رو به فوت یا تجویزکننده خود بخواهید تا اطمینان حاصل کند که ما اعلان مربوط به نامرتبط بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.

در صورت ترک آسایشگاه بیماران رو به فوت، برنامه درمانی ما همه هزینه‌های دارویی شما را پوشش می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در مراجعه به داروخانه، هنگام پایان مزایای آسایشگاه بیماران رو به فوت 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 در مورد مزایای آسایشگاه بیماران رو به فوت، به **فصل 4 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه 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 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
- دارای مقادیر نایمی از داروهای ضد درد مخدر باشند

اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای نسخه دار شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه کننده شما همکاری می‌کنیم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت استفاده از داروهایتان

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضای دارد که نیازهای بهداشتی پیچیده‌ای دارند. در چنین مواردی، شما ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات، بدون هزینه، از طریق برنامه مدیریت دارو درمانی (MTM) باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه کننده 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 داروهایی 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 نسخه دار و بدون نسخه شما

سپس به شما اطلاعات زیر را ارائه خواهند داد:

- خلاصه 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 داروهایی که مصرف می‌کنید، مقدار مصرف، زمان مصرف و علت مصرف این داروها است.
- اطلاعات در مورد دور ریختن ایمن داروهای نسخه دار که جزو مواد کنترل شده هستند.
- ایده خوبی است که با پزشک خود در مورد برنامه اقدامات دارویی و لیست دارویی خود صحبت کنید.
- برنامه اقدامات دارویی و لیست دارویی خود را هنگام ویزیت یا هر زمانی که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه کننده مراقبت درمانی صحبت می‌کنید، همراه خود داشته باشید.
- اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس می‌روید، لیست داروهای خود را همراه داشته باشید.

برنامه های 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 برنامه سوالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت استفاده از دارو برای استفاده ایمن از داروهای مخدر

طرح ما برنامه‌ای دارد که می‌تواند به اعضا کمک کند تا با خیال راحت از داروهای مخدر نسخه دار و سایر داروهای که اغلب مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند، استفاده کنند. این برنامه، برنامه مدیریت دارو (DMP) نامیده می‌شود.

اگر از داروهای مخدری استفاده می‌کنید که از چندین پزشک یا داروخانه دریافت می‌نمایید یا اگر اخیراً دچار اوردوز (مصرف بیش از حد) مواد افیونی شده‌اید، ممکن است با پزشکتان صحبت کنیم تا مطمئن شویم که تایید شود استفاده شما از داروهای مخدر مناسب و از نظر پزشکی ضروری است. اگر پس از همکاری با پزشکتان، به این نتیجه برسیم که استفاده از داروهای نسخه دار مخدر یا بنزودیازپین ایمن نیست، ممکن است نحوه دریافت آن داروها را محدود کنیم. ممکن است محدودیت‌هایی اعمال شود:

- شما باید تمام نسخه‌های آن داروها را از داروخانه‌های خاص و یا از یک پزشک خاص دریافت کنید
- مقدار آن داروهایی که ما برای شما پوشش می‌دهیم محدود است

اگر به این نتیجه برسیم که باید یک یا چند محدودیت برای شما اعمال شود، از قبل برای شما نامه ارسال می‌کنیم. 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.

شما این فرصت را خواهید داشت که به ما بگویید ترجیح می‌دهید از کدام پزشک یا داروخانه استفاده کنید و هر اطلاعاتی که فکر می‌کنید لازم است بدانیم را در اختیارمان قرار دهید. اگر پس از پاسخ دادن، تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال می‌کنیم که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید که ما اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوءاستفاده از داروهای نسخه دار قرار دارید یا با محدودیت‌ها موافق نیستید، شما و تجویز کننده شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. در صورت درخواست تجدیدنظر، ما پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم خود را اتخاذ خواهیم کرد. اگر هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما در ارتباط با محدودیت‌های دسترسی شما به این داروها مجدداً رد شود، پرونده شما را به‌طور خودکار به یک سازمان مستقل بررسی کننده (IRO) ارسال می‌کنیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدید نظرها و IRO، به فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.)

DMP ممکن است برای شما اعمال نشود اگر شما:

- شرایط پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری داسی گوچه داشته باشید،
- در حال دریافت خدمات آسایشگاه بیماران رو به فوت، تسکینی، یا پایان عمر هستید، یا
- در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت داشته باشید.



فصل 6: چه مبلغی را برای داروهای نسخه دار Medicare و Medi-Cal Medicaid خود پرداخت می‌کنید

مقدمه

این فصل هزینه ای که برای داروهای نسخه دار بیماران سرپایی می‌پردازید را شرح می‌دهد. منظور ما از "داروها":

- داروهای نسخه دار Medicare بخش D، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx.

چون شما برای Medi-Cal واجد شرایط هستید، شما از Medicare برای کمک در پرداخت داروهای نسخه دار Medicare بخش D خود «کمک بیشتر» دریافت می‌کنید. ما برای شما الحاقیه جداگانه‌ای به نام «الحاقیه مدارک بیمه برای اشخاصی که برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی، کمک بیشتر دریافت می‌کنند» (به عنوان «الحاقیه برنامه یارانه برای افراد کم درآمد» یا «الحاقیه LIS» نیز شناخته می‌شود) برای شما ارسال کردیم، که به شما در مورد پوشش دارویی‌تان اطلاعات می‌دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید و "الحاقیه LIS" را درخواست کنید.

برنامه کمک بیشتر، یکی از برنامه‌های Medicare است که به اشخاصی کمک می‌کند که درآمد و منابع محدود دارند تا برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه دار Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیزها و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک بیشتر، "برنامه یارانه برای افراد کم درآمد" یا "LIS" نیز خوانده می‌شود.

سایر عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای نسخه دار، می‌توانید به این محل‌ها 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 شدن در هزینه‌ها است

— آیا هیچگونه محدودیت‌هایی برای داروها وجود دارد

○ اگر به نسخه ای از فهرست دارویی ما نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. می‌توانید فهرست دارویی را در تارنمای ما به آدرس blueshieldca.com/medformulary2024 نیز پیدا کنید.

○ اکثر داروهای نسخه دار که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش Blue Shield TotalDual 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://calrx.dhcs.ca.gov) بازدید کنید. همچنین 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 مزایای Medi-Cal یا (BIC) خود را همراهتان بیاورید.

● **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا.**

- اطلاعاتی را در مورد نحوه دریافت داروهای نسخه دار بیماران سرپایی از طریق برنامه درمانی ما ارائه می‌کند
- این فصل شامل مقرراتی می‌باشد که لازم است دنبال کنید. اطلاعاتی در مورد نوع داروهای نسخه داری که برنامه درمانی ما پوشش نمی‌دهد را نیز ارائه می‌کند.
- هنگامی که از "ابزار محاسبه آبی مزایا" طرح درمانی را برای جستجوی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نشان داده شده در "در لحظه" ارائه می‌شود، به این معنی که هزینه نمایش داده شده در ابزار هزینه در لحظه ارائه خدمات را منعکس می‌کند تا تخمینی از هزینه پرداخت شده از جیب خود داشته باشید. همچنین شما می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با هماهنگ کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.

● **فهرست ارائه کنندگان و داروخانه های ما**

- در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که موافقت می‌کنند با ما همکاری کنند.
- فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها، داروخانه‌های شبکه ما را فهرست می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه، به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.



فهرست مطالب

166	A. توصیف مزایا (EOB).....
167	B. نگه داشتن حساب هزینه های دارویی شما.....
168	C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D.....
169	D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه.....
170	D1. گزینه های شما برای داروخانه.....
170	D2. دریافت ذخیره بلند مدت از یک دارو.....
170	D3. مبلغی که شما باید بپردازید.....
172	D4. پایان مرحله پوشش اولیه.....
172	E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی.....
172	F. هزینه داروهای شما اگر پزشک شما ذخیره کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند.....
173	G. کمک در سهم هزینه نسخه برای اشخاص مبتلا به HIV/ایدز.....
173	G1. برنامه کمک دارویی اینز (ADAP).....
173	G2. اگر در ADAP ثبت نام نشده‌اید.....
173	G3. اگر در ADAP ثبت نام شده‌اید.....
173	H. واکسیناسیون‌ها.....
174	H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید.....
174	H2. آنچه برای واکسیناسیون تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می کنید.....



A. توصیف مزایا (EOB)

برنامه درمانی ما حساب داروهای نسخه دار شما را ننگه می دارد. ما حساب دو نوع هزینه را ننگه می داریم:

- **هزینه پرداخت شده از جیب شما.** این مبلغی می باشد که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه های شما می پردازند.
- **کل هزینه های دارویی شما.** این مبلغی می باشد که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه های شما می پردازند، به اضافه مبلغی که ما پرداخت می کنیم.

هنگامیکه داروهای نسخه دار را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می کنید، ما خلاصه گزارشی را برای شما ارسال می کنیم که **توصیف مزایا** خوانده می شود. به این گزارش مختصراً **EOB** می گوئیم. **EOB** صورتحساب نیست. **EOB** اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که شما مصرف می کنید، مثل افزایش قیمت و سایر داروهای دارای سهم هزینه کمتر، در خود دارد. شما می توانید درباره این گزینه های کم هزینه تر با تجویز کننده خود صحبت کنید. **EOB** شامل موارد زیر می شود:

- **اطلاعات برای این ماه.** این قسمت حاوی داروهای نسخه داری می باشد که در ماه قبل دریافت کرده اید. این گزارش کل هزینه های دارویی، مبلغی که پرداخت کردیم و آنچه شما و دیگران برای شما پرداخت می کنند را نشان می دهد.
 - **اطلاعات "از ابتدای سال جاری تا امروز".** این قسمت حاوی کل هزینه های دارویی شما و کل مبلغی می باشد که از 1 ژانویه پرداخت شده است.
 - **اطلاعات قیمت دارو.** این قسمت حاوی قیمت کل دارو و درصد تغییر در قیمت دارو از اولین دریافت دارو از داروخانه است.
 - **جایگزین های ارزان تر.** در صورت موجود بودن، در قسمت زیر داروهای فعلی شما در خلاصه گزارش ظاهر می شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با تجویز کننده خود صحبت کنید.
- ما پوشش داروهایی که تحت Medicare نمی باشد را عرضه می کنیم.

- **مبالغی که برای این داروها پرداخت شده در حساب کل هزینه های پرداخت شده از جیب شما منظور نمی شود.**
- **اکثر داروهای نسخه دار که از داروخانه دریافت می کنید تحت پوشش طرح درمانی هستند.** سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین های 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) بازدید کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان **Medi-Cal** با شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً وقتی از طریق **Medi-Cal Rx** دارو دریافت می کنید، کارت شناسایی مزایای **Medi-Cal** یا (BIC) خود را همراهتان بیاورید.
- **برای کسب اطلاعات در مورد داروهایی که برنامه درمانی ما پوشش می دهد، به فهرست دارویی ما مراجعه کنید.**

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



B. نگه داشتن حساب هزینه های دارویی شما

برای نگه داشتن و ردگیری هزینه های دارویی شما و مبالغی که پرداخت می کنید، ما از مدارک دریافت شده از سوی شما و داروخانه شما استفاده می کنیم. شما به این صورت می توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضو خود استفاده کنید.

کارت شناسایی عضو خود را هر بار که نسخه ای را می پیچید نشان دهید. این کار به ما کمک خواهد کرد که بدانیم چه نسخه هایی را پیچیدید و چه مبلغی را پرداخت کردید.

2. مطمئن شوید که اطلاعات مورد نیاز در اختیار ما قرار دارد.

نسخه ای از رسید های هزینه ای که برای داروهای تحت پوشش پرداخت کردید را به ما بدهید. می توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو درخواست کنید.

در موارد زیر باید نسخه ای از رسیده های خود را به ما بدهید:

- هنگامیکه داروی تخت پوشش را در داروخانه شبکه به بهای ویژه خریداری می کنید یا از کارت تخفیف استفاده می کنید که بخشی از مزایای برنامه درمانی ما نیست.
- هنگامیکه سهم بیمه شده را برای داروهایی پرداخت می کنید که تحت برنامه امداد به بیماران تولید کننده دارو دریافت می کنید
- هنگامیکه داروهای تحت پوشش را در داروخانه خارج از شبکه خریداری می کنید
- هنگامیکه بهای کامل داروی تحت پوشش را پرداخت می کنید

برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو، به **فصل 7 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید

3. اطلاعاتی را در مورد مبالغی که دیگران برای شما پرداخت کرده اند برای ما ارسال دارید.

مبالغی که توسط برخی اشخاص و سازمان های دیگر پرداخت شده باشد نیز به حساب هزینه های نقدی شما گذاشته می شوند. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه امداد دارویی ایبز (ADAP)، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه پرداخت شوند به حساب هزینه های پرداخت شده از جیب شما گذاشته می شوند. این موضوع می تواند به شما کمک کند تا برای پوشش وضعیت بحرانی واجد شرایط شوید. هنگامیکه وضعیت شما به مرحله پوشش بحرانی می رسد، برنامه درمانی ما همه هزینه های داروهای Medicare بخش D را برای مابقی سال پرداخت می کند.

4. EOBهایی که برای شما ارسال می کنیم را کنترل کنید.

هنگامیکه EOB را از طریق پست دریافت می کنید، مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد.

- آیا نام هر داروخانه ای را تشخیص می دهید؟ تاریخ ها را بررسی کنید. آیا آن روز دارویی را دریافت کردید؟



- آیا داروهای فهرست شده را دریافت کردید؟ آیا آنها با موارد ذکر شده در رسید شما مطابقت دارند؟ آیا داروها با نسخه تجویز شده توسط پزشک مطابقت دارند؟

برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید یا دفترچه اطلاعاتی اعضای Blue Shield TotalDual Plan را مطالعه کنید. همچنین می توانید پاسخ بسیاری از سوالات را در وب سایت ما بیابید: blueshieldca.com/medicare.

اگر اشتباهاتی در این خلاصه گزارش پیدا کردید باید چه کنید؟

اگر موضوع مبهم است یا در این EOB اشتباه است، لطفاً با ما از طریق خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید. همچنین می توانید پاسخ بسیاری از سوالات را در وب سایت ما بیابید: blueshieldca.com/medicare.

در مورد تقلب های احتمالی چطور؟

اگر این خلاصه گزارش حاوی داروهایی است که شما مصرف نمی کنید یا حاوی هر چیز دیگری است که از نظر شما مشکوک است، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما از طریق خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.
- یا با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می توانید رایگان با این شماره ها، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید ارائه کننده که Medi-Cal دریافت می کند مرتکب تقلب، اتلاف یا سوء استفاده شده است، حق دارید که آن را از طریق تماس با شماره تلفن محرمانه رایگان 1-800-822-6222 اطلاع دهید. سایر روش های گزارش تقلب در Medi-Cal را می توانید در آدرس زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

اگر فکر می کنید که موضوعی اشتباه است یا جا افتاده یا اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این EOB ها را نگه دارید. اینها مدارک مهمی در مورد هزینه های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D

دو مرحله برای پرداخت هزینه داروهای نسخه دار Medicare بخش D تحت پوشش برنامه درمانی ما وجود دارد مبلغی که می پردازید بستگی به مرحله شما در هنگام پیچیدن یا تجدید نسخه 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 می کنیم و شما سهم خودتان را می پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه شده نامیده می شود. شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می کنید.	در طول این مرحله، ما کل هزینه داروهای شما را تا 31 دسامبر 2024 پرداخت می کنیم. شما این مرحله را در هنگامی شروع می کنید که مبلغ مشخصی از هزینه های نقدی را پرداخت کرده باشید.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در طول مرحله اول پوشش، ما سهم هزینه داروهای نسخه دار تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه شده نامیده می شود. سهم بیمه شده بستگی به ردیف سهم هزینه ای که دارو در آن است و محلی دارد که آن را دریافت می کنید.

ردیف سهم هزینه، گروهی از داروها می باشند که سهم بیمه شده 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 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
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 2: داروهای ژنریک شامل داروهای ژنریک و داروهای بیوسیمیلار
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: داروهای برندهای ترجیحی شامل داروهای برند، داروهای بیوسیمیلار و برخی داروهای ژنریک ترجیحی است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4: داروهای غیر-ترجیحی شامل داروهای برند غیر-ترجیحی، داروهای بیوسیمیلار و بعضی داروهای ژنریک
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی (بالاترین ردیف سهم هزینه). شامل داروهای برند بسیار گران قیمت، داروهای بیوسیمیلار و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به پردازش خاص و یا پایش از نزدیک داشته باشند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



D1. گزینه های شما برای داروخانه

مبلغی که برای دارو می پردازید بستگی دارد که دارو را از کدامیک از موارد زیر دریافت کرده‌اید:

- داروخانه شبکه دریافت یا
- داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید.

ما در موارد محدود هزینه نسخه هایی که در داروخانه های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش می دهیم. برای اینکه بدانید چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم، به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه‌ها، به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا** و به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

D2. دریافت ذخیره بلند مدت از یک دارو

برای برخی داروها، می توانید در هنگام پیچیدن نسخه خود ذخیره بلند مدت دریافت کنید ("ذخیره تمدید یافته" نیز خوانده می شود). تامین ذخیره بلندمدت، عرضه 100 روزه برای داروهای ردیف 1 و عرضه 90 روزه برای داروهای ردیف 2، 3 و 4 است. برای شما همان هزینه تامین ذخیره یک ماهه دارو را دارد.

برای جزئیات مکان و نحوه دریافت ذخیره بلند مدت دارو به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا** یا فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

D3. مبلغی که شما باید بپردازید

در طول مرحله پوشش اولیه، ممکن است یک سهم بیمه شده را هر بار که نسخه ای را می پیچید بپردازید. 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 بیمه شده شما برای هر داروی تحت پوشش چقدر است با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

سهم شما از هزینه هنگامیکه ذخیره یک ماهه یا طولانی مدت داروی نسخه دار تحت پوشش را از محل زیر دریافت کنید:



داروخانه‌های شبکه	داروخانه‌های مراکز مراقبت بلند مدت شبکه	داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی طرح ما	داروخانه‌های شبکه	
ذخیره برای حداکثر 30 روز پوشش به موارد خاصی محدود می شود. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.	ذخیره برای حداکثر 31 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز	
\$0				سهام بیمه شده ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)
سهام بیمه شده شما بسته به میزان کمک بیشتر که دریافت می کنید متفاوت است: \$0، \$1.55، یا \$4.50				سهام بیمه شده ردیف 2 (داروهای ژنریک)
سهام بیمه شده شما بسته به میزان کمک بیشتر که دریافت می کنید متفاوت است: \$0، \$4.60، یا \$11.20				سهام بیمه شده ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی)
سهام بیمه شده شما بسته به میزان کمک بیشتر که دریافت می کنید متفاوت است: \$0، \$4.60، یا \$11.20				سهام بیمه شده ردیف 4 (داروهای غیر-ترجیحی)
سهام بیمه شده شما بسته به میزان کمک بیشتر که دریافت می کنید متفاوت است: \$0، \$4.60، یا \$11.20				سهام بیمه شده ردیف 5 (داروهای ردیف تخصصی)

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدامیک از داروخانه ها می توانند ذخیره های بلند مدت از دارو را به شما بدهند، به فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مراجعه کنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله اولیه پوشش هنگامی خاتمه پیدا می کند که کل هزینه هایی که از جیب خودتان پرداخت می کنید به \$8,000 برسد. در آن مرحله، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می شود. ما همه هزینه های دارویی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می دهیم.

گزارشات EOB به شما کمک می کند که حساب مبالغی که برای داروهای خود در طول سال می پردازید را نگهداری و پیگیری کنید. اگر به محدوده \$8,000 برسید به شما اطلاع می دهیم. بسیاری از اشخاص در طول یک سال به این محدوده نمی رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

هنگامیکه به سقف \$8,000 پرداخت نقدی از جیب برای داروهای نسخه دار خود رسیدید، مرحله پوشش بحرانی شروع می شود. شما تا پایان سال تقویمی، در مرحله پوشش وضعیت بحرانی باقی خواهید ماند. برنامه درمانی ما در طول این مرحله همه هزینه های مربوط به داروهای Medicare شما را پرداخت می کند.

F. هزینه داروهای شما اگر پزشک شما ذخیره کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند

در برخی موارد، شما معمولاً سهم بیمه شده را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می کنید. ولی پزشک شما می تواند ذخیره کمتر از یک ماه از داروها را تجویز کند.

- ممکن است موقعیت هایی وجود داشته باشد که می خواهید از پزشک خود بخواهید که ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را تجویز کند (برای مثال هنگامیکه دارویی را برای اولین بار مصرف می کنید که معلوم شده اثرات جانبی جدی دارد).

- اگر پزشک شما موافقت کند، لزومی ندارد که هزینه ذخیره ماه کامل را برای داروهای خاص پرداخت کنید.

هنگامیکه ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را دریافت می کنید، هزینه ای که پرداخت می کنید براساس تعداد روزهایی است که دارو دریافت می کنید. ما مبلغی را که در هر روز برای دارو پرداخت می کنید ("نرخ سهم هزینه روزانه") محاسبه کرده و آنرا در تعداد روزهایی که دارو دریافت می کنید، ضرب می کنیم.

- برای مثال: فرض کنید که سهم بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. بدین معنی که مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می کنید کمتر از \$0.05 است. اگر ذخیره دارو را 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز، که برای کل پرداختی کمتر از \$0.35 است.

- سهم هزینه روزانه به شما امکان می دهد 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 می توانید از ارائه کننده خود بخواهید که مقدار دارو برای کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند تا بتوانید:

○ برای زمان دریافت مجدد داروهایتان بهتر برنامه ریزی کنید،



- دریافت داروها را با داروهای دیگری که مصرف می کنید، هماهنگ کنید، و
- کمتر به داروخانه بروید.

G. کمک در سهم هزینه نسخه برای اشخاص مبتلا به HIV/ایدز

G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)

ADAP به افراد واجد شرایط که مبتلا به HIV/AIDS هستند، کمک می کند تا به داروهای نجاتبخش HIV دسترسی داشته باشند. داروهای نسخه دار Medicare بخش D برای بیماران سرپایی که تحت پوشش ADAP نیز می باشند برای کمک در سپیم شدن در هزینه نسخه از طریق اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا، دفتر ایدز برای اشخاص ثبت نام شده در ADAP واجد شرایط می باشند.

G2. اگر در ADAP ثبت نام نشده اید

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

G3. اگر در ADAP ثبت نام شده اید

ADAP می تواند به اعضای ADAP کمکی را در سهم هزینه نسخه های Medicare بخش D برای داروهای موجود در فهرست مجموعه دارویی ADAP، ارائه کند. برای اطمینان از ادامه دریافت این کمک، هر گونه تغییر در نام طرح Medicare بخش D یا شماره بیمه نامه خود را به کارمند ثبت نام ADAP محلی خود اطلاع دهید. اگر برای یافتن نزدیکترین سایت ثبت نام و/یا کارمند ثبت نام ADAP به کمک نیاز دارید، با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا وب سایت ذکر شده در بالا را بررسی کنید.

H. واکسیناسیون ها

پیام مهم درباره مبالغی که بابت واکسن می پردازید: بعضی واکسن ها جزو مزایای پزشکی محسوب می شوند. سایر واکسن ها به عنوان داروهای Medicare بخش D محسوب می شوند. شما می توانید فهرست این واکسن ها را در فهرست داروهای تحت پوشش (مجموعه دارویی) طرح درمانی بیابید. برنامه درمانی ما بیشتر واکسن های Medicare بخش D را بدون هزینه برای شما پوشش می دهد. به فهرست داروهای تحت پوشش (مجموعه دارویی) طرح درمانی خود مراجعه کنید یا برای جزئیات بیشتر در مورد پوشش و سهم هزینه های واکسن های خاص با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

پوشش واکسیناسیون های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

1. بخش اول پوشش برای هزینه خود واکسن است. واکسن یک داروی نسخه دار می باشد.
2. بخش دوم پوشش برای هزینه انجام واکسیناسیون شما است. به عنوان مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به صورت تزریقی توسط پزشک خود دریافت کنید.



H1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید

توصیه می کنیم در صورتی که تصمیم دارید واکسیناسیون شوید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- ما می توانیم اطلاعاتی در مورد نحوه پوشش واکسیناسیون شما توسط برنامه درمانی مان را به شما ارائه کرده و سهم شما از هزینه را توضیح دهیم.
- ما می توانیم شما را راهنمایی کنیم که چگونه با استفاده از داروخانه ها و ارائه کنندگان شبکه هزینه های خود را کاهش دهید. داروخانه ها و ارائه کنندگان شبکه توافق کرده اند که با برنامه درمانی ما همکاری کنند. ارائه کننده شبکه با ما همکاری می کند تا اطمینان حاصل شود که هیچ هزینه ای برای واکسن Medicare بخش D پیش روی شما نیست.

H2. آنچه برای واکسیناسیون تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می کنید

هزینه ای که برای واکسیناسیون پرداخت می کنید به نوع واکسن بستگی دارد (برای چه عارضه ای واکسینه می شوید)

- برخی واکسن ها به جای دارو به عنوان مزایای بهداشتی در نظر گرفته می شوند. این واکسن ها تحت پوشش هستند و هیچ هزینه ای برای شما ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش این واکسن ها، به جدول مزایا در **فصل 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.
- سایر واکسن ها به عنوان داروهای Medicare بخش D در نظر گرفته می شوند. شما می توانید این واکسن ها را در فهرست دارویی برنامه درمانی ما پیدا کنید. ممکن است لازم باشد که سهم بیمه شده برای واکسن های Medicare بخش D را بپردازید. اگر واکسن توسط سازمانی به نام **کمیته مشورتی یا شیوه های ایمن سازی (ACIP)** برای بزرگسالان توصیه شده باشد، واکسن هیچ هزینه ای برای شما نخواهد داشت.

در اینجا سه روش معمول دریافت واکسیناسیون Medicare بخش D ذکر می شود.

1. شما واکسن Medicare بخش D و تزریق واکسن خود را در یک داروخانه شبکه دریافت کنید.
 - برای بیشتر واکسن های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه ای پرداخت نمی کنید.
 - برای سایر واکسن های بخش D، برای واکسن یک سهم بیمه شده پرداخت می کنید.
2. واکسن Medicare بخش D را در مطب پزشکتان دریافت کنید و پزشکتان واکسن را به شما تزریق کند.
 - برای واکسن یک سهم بیمه شده به پزشک خود پرداخت می کنید.
 - طرح درمانی ما، هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می کند.
 - در این شرایط مطب پزشک باید با طرح درمانی ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که آنها می دانند که شما فقط باید برای واکسن سهم بیمه شده را بپردازید.
3. شما خود واکسن Medicare بخش D را از یک داروخانه دریافت کرده و آنرا برای تزریق به مطب پزشکتان ببرید.
 - برای بیشتر واکسن های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه ای برای خود واکسن پرداخت نمی کنید.



- برای سایر واکسن‌های بخش D، برای واکسن یک سهم بیمه شده پرداخت می‌کنید.
- طرح درمانی ما، هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می‌کند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



فصل 7: درخواست برای پرداخت سهم ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده اید.

مقدمه

در این فصل، اطلاعات لازم در مورد چگونگی و زمان ارسال صورتحساب برای ما جهت درخواست پرداخت در اختیارتان قرار می‌گیرد. علاوه بر این، نحوه درخواست تجدیدنظر را در صورتیکه با تصمیم پوشش درمان موافق نیستید توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای شما..... 177
- B. ارسال درخواست پرداخت برای ما..... 180
- C. تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها..... 181
- D. تجدیدنظرها..... 182



A. درخواست از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای شما

ارائه کنندگان شبکه پس از ارائه خدمات و داروهای تحت پوشش به شما باید صورتحساب آن را برای برنامه درمانی ارسال کنند. ارائه کننده داخل شبکه با برنامه درمانی همکاری دارد.

ما به ارائه کنندگان Blue Shield TotalDual Plan اجازه نمی‌دهیم که مبلغی را برای این خدمات یا داروها از شما مطالبه کنند. ما مستقیماً به ارائه کنندگان خود دستمزد می‌دهیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه مطالبه شده حمایت می‌کنیم.

اگر برای کل هزینه مراقبت درمانی یا دارو صورتحساب دریافت کردید، صورت حساب را پرداخت نکنید و آن را برای ما ارسال کنید. برای ارسال صورتحساب به ما، به بخش B در زیر مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش باشند، هزینه را مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها تحت پوشش ما باشد و شما قبلاً بیش از سهم خود از هزینه را پرداخت کرده باشید، این حق شماست 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 پرداخت شده 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 TotalDual Plan نیست، هزینه‌ای را به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.
 - شما خدمات تحت پوشش را بعد از اینکه واجد شرایط عضویت در Blue Shield TotalDual Plan شدید دریافت کنید.
 - شما برای بازپرداخت ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش درخواست کنید.
 - شما مدرکی را ارائه کنید که ثابت کند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده اید، از قبیل رسید مشروح از ارائه کننده.
 - شما خدمات تحت پوشش را از ارائه کننده Medi-Cal دریافت کنید که در شبکه Blue Shield TotalDual Plan ثبت نام کرده باشد. اگر مراقبت‌های اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی را دریافت کرده اید که Medi-Cal اجازه می‌دهد از ارائه کنندگان خارج از شبکه بدون اجازه قبلی دریافت کنید، لزومی ندارد که این شرط را برآورده کنید.
- اگر خدمات تحت پوشش در حالت عادی به پیش اجازه (اجازه قبلی) نیاز دارد، شما باید مدرکی را از سوی ارائه کننده ارائه کنید که ضرورت پزشکی برای خدمات تحت پوشش را نشان دهد.
- Blue Shield TotalDual Plan در نامه‌ای که «اعلامیه اقدامات» خوانده می‌شود، در مورد اینکه بازپرداخت به شما صورت خواهد گرفت، اطلاع خواهد داد. اگر همه شرایط فوق را برآورده کنید، ارائه کننده عضو Medi-

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



Cal باید مبلغی که پرداخت کرده اید را به طور کامل به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه کننده از بازپرداخت خودداری کند، Blue Shield TotalDual Plan مبلغی که پرداخت کردید را به طور کامل به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت درخواست مطالبه، به شما بازپرداخت می‌کنیم. اگر ارائه کننده عضو Medi-Cal بوده ولی در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت به شما خودداری کند، Blue Shield TotalDual Plan به شما بازپرداخت خواهد کرد ولی تا حداکثر مبلغی که FFS Medi-Cal پرداخت می‌کند. Blue Shield TotalDual Plan هزینه کاملی که از جیب خودتان برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی پرداخت کنید که Medi-Cal اجازه می‌دهد توسط ارائه کنندگان خارج از شبکه بدون اجازه قبلی دریافت کنید را بازپرداخت خواهد کرد. اگر هرکدام از شرایط فوق را برآورده نکنید، ما به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

• در موارد زیر به شما بازپرداخت نخواهیم کرد:

- برای خدماتی درخواست کرده و دریافت کرده باشید که تحت پوشش Medi-Cal نمی‌باشند، از قبیل خدمات زیبایی.
- این خدمات جزو خدمات تحت پوشش Blue Shield TotalDual Plan نباشد.
- به پزشکی مراجعه کنید که Medi-Cal قبول نمی‌کند و فرمی را امضاء کرده باشید که می‌خواهید بهر حال معاینه شوید و خودتان هزینه خدمات را پرداخت خواهید کرد.
- اگر خدمات یا داروهایی را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر سوالی دارید با خدمات مشتریان یا هماهنگ کننده 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 کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی را در مورد درخواست برای پرداخت مبلغی که قبلاً برای ما ارسال کرده اید در اختیار ما قرار دهید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

در اینجا چند مورد ذکر می‌شود که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورتحسابی که دریافت کرده اید را به شما بازپرداخت کنیم:

1. هنگامیکه مراقبت اورژانس یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید

ارائه کننده بخواهد که برای ما صورتحساب ارسال کند.

- اگر مبلغ کل را در هنگام دریافت مراقبت پرداخت کنید، از ما بخواهید که سهم ما از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و هرگونه قبض مبلغی که پرداخت کردید را برای ما ارسال کنید.
- شما ممکن است از ارائه کننده صورتحسابی را دریافت کنید که از شما می‌خواهد مبلغی را پرداخت کنید که فکر می‌کنید بدهکار نیستید. صورتحساب و هرگونه قبض مبلغی که پرداخت کردید را برای ما ارسال کنید.
- اگر باید به ارائه کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.



- اگر قبلاً بیش از سهم خود از هزینه برای خدمات Medicare پرداخت کرده اید، ما مبلغی که بدهکار هستید را محاسبه کرده و سهم هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

2. هنگامیکه 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 عضویت خود را نشان دهید. اما گاهی اوقات آنها دچار اشتباه می‌شوند و از شما می‌خواهند که هزینه خدمات را خودتان پرداخت کنید یا بیشتر از سهم خود در هزینه‌ها بپردازید. 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 بیمه شده را پرداخت می‌کنید. ما به تأمین‌کنندگان 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 گرفتیم که هزینه برخی مطالبات را نپردازیم، همچنان شما آنها را پرداخت خواهید کرد.
 - هر زمان که صورتحسابی را از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت می‌کنید که فکر می‌کنید بیش از مقداریست که باید بپردازید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌کننده تماس گرفته و ترتیب مشکل را می‌دهیم.
 - اگر قبلاً صورتحساب یک ارائه‌کننده شبکه را بابت خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت کرده اید ولی احساس می‌کنید که بیش از حد پرداخت کرده اید، صورتحساب و مدرک هر مبلغ پرداخت شده را برای ما ارسال کنید. ما تفاوت بین مبلغی که پرداخت کردید و مبلغی که تحت برنامه درمانی ما بدهکار هستید را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. اگر قبلاً در طرح ما ثبت نام کرده بوده‌اید (عطف به ماسبق)

- گاهی اوقات عضویت شما در طرح پایان یافته و عطف به ماسبق است. (به این معنی که یک روز از پایان عضویت شما گذشته است. حتی ممکن است یک سال گذشته باشد.)
- اگر عضویت شما پایان یافته باشد و بعد از تاریخ پایان عضویت صورتحساب را پرداخت کرده‌اید، می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.
 - صورتحساب و هرگونه قبض مبلغی که پرداخت کردید را برای ما ارسال کنید.

4. هنگامیکه 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 ما از هزینه درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.

5. هنگامیکه هزینه کامل نسخه را پرداخت می کنید چون کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید

اگر کارت شناسایی عضویت را همراه ندارید، می توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرند یا اطلاعات عضویت در برنامه درمانی شما را کنترل کنند.

- اگر داروخانه نمی تواند فوراً به اطلاعات دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید یا مجدداً با کارت شناسایی عضویت خود به داروخانه مراجعه کنید.
- هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.

6. هنگامیکه هزینه کامل نسخه برای دارویی که تحت پوشش نیست را پرداخت می کنید

ممکن است 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 نمی دانستید یا فکر می کنید 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 می کنید ما باید آن را پوشش دهیم، می توانید برای یک درخواست برای تصمیم پوششی ارسال کنید (به فصل 9، دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید).
 - اگر شما و پزشک شما یا سایر تجویز کنندگان فکر می کنید که فوراً (ظرف 24 ساعت) به این دارو نیاز دارید، می توانید برای یک تصمیم پوششی تسریع شده درخواست کنید (به فصل 9، دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید).
- رونوشتی از رسید خود را هنگامیکه از ما برای بازپرداخت درخواست می کنید 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.

هنگامیکه درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند. این موضوع "تصمیم پوشش" خوانده می شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار دهیم، سهم هزینه خود از آن را پرداخت خواهیم کرد.

اگر درخواست را قبول نکنیم، شما می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست پرداخت برای ما

صورتحساب و هرگونه مدرک مبالغ پرداخت شده بابت خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. مدرک مبلغ پرداخت شده می توانید رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه کننده دریافت کردید. خوب است که از صورتحساب و رسیده های خود برای بایگانی رونوشت بردارید. می توانید از هماهنگ کننده مراقبت های خود درخواست راهنمایی کنید. باید اطلاعات پزشکی خود را ظرف یک سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کرده اید ارسال کنید. باید اطلاعات داروهای نسخه دار بخش D خود را ظرف سه سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کرده اید 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 (bluesieldca.com) دریافت کنید، یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید و فرم را درخواست کنید.

درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید به این نشانی ارسال کنید:

مطالبات پزشکی:

Blue Shield TotalDual Plan
خدمات مشتریان Medicare
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

مطالبات داروهای نسخه دار:

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-20

باید مطالبه پزشکی خود را ظرف یک سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کردید ارسال کنید. باید مطالبه داروهای نسخه دار بخش D خود را ظرف سه سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کرده‌اید ارسال کنید.

C. تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها

هنگامیکه درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، 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 آگاهی شما خواهیم رسانید.
- اگر تصمیم گرفته شود که طرح ما خدمات، اقلام یا داروها را پوشش می‌دهد و شما از مقررات دریافت آن پیروی کرده‌اید، 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 خود از هزینه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر شما مبلغ را پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
- فصل 3 دفترچه اطلاعاتی اعضا مقررات دریافت خدمات تحت پوشش شما را توضیح می‌دهد. فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا مقررات دریافت داروهای نسخه دار 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 عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه اشتهای مرتکب شده ایم، 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 تجدیدنظرها، به فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود 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 مسئولیت های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت های 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 دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده اند.

فهرست مطالب

- A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند.....184
- B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش.....185
- C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات بهداشتی شخصی شما (PHI).....186
- C1. نحوه محافظت از PHI شما186
- C2. شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید187
- D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما.....187
- E. عدم توانایی ارائه دهندگان شبکه در ارسال مستقیم صورت حساب برای شما.....189
- F. حق شما در خروج از برنامه درمانی ما.....189
- G. حقوق شما در مورد تصمیم گیری برای مراقبت درمانی خود.....189
- G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب های درمانی و تصمیم گیری هایتان189
- G2. حقوق شما برای گفتن اینکه اگر نتوانید در مورد مراقبت درمانی از خودتان تصمیم بگیرید، می خواهید چه اتفاقی بیافتد190
- G3. اگر دستورالعمل های شما مراعات نشوند باید چه کار کنید191
- H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیماتمان.....191
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد191
- I. مسئولیت های شما به عنوان یک عضو برنامه.....192



A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس به شما ارائه می‌شوند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیار تان قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما باید هر سال که در برنامه ما هستید، حقوق شما را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگی کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند بدون هیچ هزینه‌ای مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در صورت نیاز، در قالب‌هایی مانند چاپ درشت، بریل، صوت یا فرمت‌های جایگزین، در اختیار شما قرار دهد. مطالب را می‌توان به زبان‌های ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، می‌ین، پنجابی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی نیز در دسترس قرار داد. برای دستیابی به مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- اگر در دریافت اطلاعات از طرح ما در قالبی که در دسترس و مناسب شما باشد مشکل دارید، لطفاً برای ثبت شکایت با این آدرس تماس بگیرید:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator

P.O. Box 629007

El Dorado Hills, CA 95762- 9007

تلفن: (844) 831-4133 (TTY:711)

فکس: (844) 696-6070

ایمیل: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

○ 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 TotalDual Plan تماس بگیرید.

○ خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual 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 TotalDual 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 (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. شما می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (1-800-452-4413) (TTY:711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 440-7370916. 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.

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

به عنوان یکی از اعضای برنامه درمانی ما، شما دارای حقوقی هستید.

- شما حق دارید که یک ارائه کننده مراقبتهای درمانی اصلی (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه کننده شبکه با ما همکاری دارد. در **فصل 3 دفترچه اطلاعاتی/اعضای خود**، می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره انواع ارائه کنندگانی که می‌توانند به عنوان PCP انتخاب شوند و نحوه انتخاب PCP را بیابید.
 - برای کسب اطلاعات در مورد شبکه ارائه کنندگان و پزشکانی که بیمار جدید قبول می‌کنند با هماهنگ کننده مراقبت خود یا خدمات مشتریان تماس گرفته یا در **فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها** جستجو کنید.
 - شما حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص سلامت زنان بروید. ارجاع، در واقع تأییدیه PCP شما برای استفاده از خدمات ارائه کننده‌ای است که PCP شما نیست.
 - شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه کنندگان 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 که خدمات اضطراری یا مراقبتی که نیاز مبرم دارد را بدون اجازه قبلی (PA) دریافت کنید.
 - شما حق دارید که نسخه هایتان در هر یک از داروخانه های شبکه ما بدون تأخیرات طولانی پیچیده شوند.
 - شما حق دارید از زمانیکه امکان استفاده از ارائه کننده خارج از شبکه را دارید، آگاه شوید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه کنندگان خارج از شبکه، به **فصل 3 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید.
 - هنگامیکه ابتدا عضو برنامه درمانی ما می‌شوید، در صورتیکه شرایط خاصی برآورده شود، شما حق خواهید داشت که ارائه کنندگان و اجازه‌های فعلی استفاده از خدمات خود را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات، به **فصل 1 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید.
 - شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ کننده مراقبت خود تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی خود را 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات بهداشتی شخصی شما (PHI)

ما از اطلاعات PHI شما مطابق با الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می کنیم.

اطلاعات PHI شما شامل اطلاعاتی می شود که در هنگام عضویت در برنامه درمانی ما، در اختیار ما قرار می دهید. همچنین شامل پرونده های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و بهداشتی می شود.

در مورد اطلاعات و کنترل نحوه استفاده از PHI حقوقی دارید. ما یک اعلامیه کتبی را به شما می دهیم که اطلاعاتی را در مورد این حقوق به شما داده و نحوه حفاظت از محرمانگی PHI شما را شرح می دهد. این اعلامیه "سیاست حفظ اسرار" خوانده می شود.

اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت مجوز هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارسال مطالبه برای خدمات حساس نیستند. Blue Shield TotalDual Plan ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن تعیین شده جایگزین، یا در صورت عدم وجود تعیین، به نام عضو در آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می کند. Blue Shield TotalDual Plan اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نمی دهد. Blue Shield TotalDual Plan درخواست های ارتباط محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به آسانی در فرم و قالب درخواستی یا در مکان های جایگزین قابل تولید باشد، پاسخ می دهد. 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 سیاست های حفظ اسرار ما یا درخواست قرار دادن ارتباطات محرمانه در پرونده شما، می توانید یکی از اقدامات زیر را انجام دهید:

1. به blueshieldca.com بروید و روی پیوند Privacy (محرمانگی) در پایین صفحه اصلی کلیک کنید. در آنجا می توانید سیاست های حفظ اسرار و فرم ارتباطات محرمانه را ببینید.

2. با شماره تلفن خدمات مشتریان روی کارت شناسایی عضویت Blue Shield خود تماس بگیرید.

3. توسط شماره رایگان (888) 266-8080 با دفتر حريم خصوصی Blue Shield of California تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند.

4. به ما ایمیل بزنید: privacy@blueshieldca.com

C1. نحوه محافظت از PHI شما

ما مطمئن می شویم که هیچ شخص غیرمجازی پرونده های شما را مشاهده نکند یا تغییر ندهد.

به جز موارد ذکر شده در زیر، ما PHI شما را به شخصی نمی دهیم که خدمات مراقبتی به شما ارائه نمی کند یا هزینه مراقبت شما را نمی پردازد. اگر بخواهیم چنین کاری بکنیم، باید ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم گیری برای شما است، می توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. اینگونه استثناها توسط قانون اجازه داده شده یا لازم است:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان های دولتی قرار دهیم تا کیفیت خدمات مراقبتی طرح درمانی ما را بررسی کنند.
- در صورت حکم دادگاه، ما باید PHI را ارائه کنیم.



- ما باید PHI شما را به Medicare بدهیم. 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.
- ما باید Medi-Cal PHI شما را در موارد زیر ارائه کنیم:
 - کمک در مدیریت مداوای مراقبت درمانی که دریافت می کنید
 - اداره امور سازمانی ما
 - پرداخت هزینه خدمات بهداشتی شما
 - اداره امور برنامه درمانی شما
 - کمک به بهداشت عمومی و موضوعات ایمنی
 - انجام پژوهش
 - پیروی از قانون
 - پاسخگویی به درخواست های مربوط به اهدای اندام و بافت و همکاری با پزشکی قانونی و سرپرست کفن و دفن
 - رسیدگی به درخواست های جبران خسارت کارگران، اجرای قانون و سایر درخواست های دولتی
 - پاسخگویی به دادخواهی و اقدام قانونی

C2. شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده های خود رونوشت بگیرید.
- 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 ارائه کننده مراقبت های درمانی شما همکاری کرده تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند.
- شما حق دارید در مورد اینکه آیا اطلاعات PHI شما در اختیار دیگران قرار گرفته و از چگونگی به اشتراک گذاری آن، آگاه شوید.

اگر سوالات یا نگرانی هایی در مورد محرمانگی اطلاعات PHI خود دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

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 نمی کنید، ما خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به سوالاتی که در مورد برنامه درمانی ما داشته باشید ارائه می کنیم. برای دریافت مترجم شفاهی، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان هستند. دفترچه اطلاعاتی



اعضا و سایر مطالب مهم به زبان های غیر از انگلیسی موجود می باشند. مطالب را می توان به زبان های ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره ای، لائوسی، مین، پنجابی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی نیز در دسترس قرار داد. ما می توانیم اطلاعاتی را به صورت چاپ درشت، خط بریل، و صوت 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 برنامه های درمانی
- برنامه درمانی ما، از جمله:
 - اطلاعات مالی
 - چگونگی امتیازدهی اعضای طرح به ما
 - تعداد تجدیدنظرهای درخواست شده توسط اعضا
 - نحوه خروج از برنامه درمانی ما
- شبکه ارائه کنندگان ما و داروخانه های شبکه ما
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه کنندگان مراقبت های درمانی اصلی
 - صلاحیت ارائه کنندگان و داروخانه های شبکه ما
 - نحوه پرداخت هزینه به ارائه کنندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
 - خدمات (به فصل 3 و 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید) تحت پوشش و داروهای (به فصل 5 و 6 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش طرح ما
 - محدودیت های پوشش و داروهای شما
 - مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات کنید
- دلیل عدم پوشش یک مورد و اقداماتی که درباره آن می توانید انجام دهید (به فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید)، از جمله درخواست از ما برای:
 - ارائه دلیل کتبی عدم پوشش یک مورد
 - ایجاد تغییر در تصمیمی که اتخاذ کرده ایم
 - پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



E. عدم توانایی ارائه دهندگان شبکه در ارسال مستقیم صورت حساب برای شما

پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه کنندگان در شبکه ما نمی توانند شما را وادار کنند که هزینه ای را برای خدمات تحت پوشش بپردازید. همچنین اگر ما کمتر از آنچه ارائه کننده مطالبه کرده را بپردازیم، آنها نمی توانند صورت حساب را با شما تقسیم یا از شما هزینه ای را اخذ کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر ارائه کننده شبکه تلاش کند هزینه ای را برای خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چه کار کنید، به **فصل 7 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.

F. حق شما در خروج از برنامه درمانی ما

اگر نمی خواهید هیچکس نمی تواند شما را وادار کند که در برنامه درمانی ما باقی بمانید.

- شما حق دارید که بیشتر خدمات مراقبت درمانی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه Medicare Advantage (MA) دیگری دریافت کنید.
- شما می توانید مزایای داروی نسخه دار Medicare بخش D را از برنامه داروی نسخه دار یا از برنامه MA دیگری دریافت کنید.
- برای موارد زیر به **فصل 10 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید:
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می توانید به برنامه جدید مزایای MA یا داروهای نسخه دار ملحق شوید.
 - برای اطلاع از نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک طرح ما.

G. حقوق شما در مورد تصمیم گیری برای مراقبت درمانی خود

شما حق دارید که برای کمک به تصمیم گیری در مورد مراقبت های درمانی خود، اطلاعات کامل را از پزشکان خود و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی دریافت کنید.

G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب های درمانی و تصمیم گیری هایتان

ارائه کنندگان شما باید بیماری ها و گزینه های درمانی شما را به صورتی توصیف کنند که برای شما قابل فهم باشد. حقوق قانونی شما از این قرار است:

- از **گزینه های خود آگاه باشید**. شما حق دارید که از همه گزینه های مداوا آگاه باشید.
- از **خطرات آگاه باشید**. شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. اگر خدمات یا مداوایی بخشی از تجربه پژوهشی را تشکیل می دهد باید از قبل شما را آگاه کنیم. شما حق دارید که مداوای تجربی را قبول نکنید.
- **دریافت نظر ثانویه** شما حق دارید که قبل از اتخاذ تصمیم در مورد مداوا از خدمات پزشک دیگری استفاده کنید.
- **«نه» بگویید**. شما حق دارید هرگونه مداوایی را قبول نکنید. این موضوع شامل ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگری می شود، حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. شما حق دارید که از مصرف داروی تجویز شده



خودداری کنید. اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید، ما شما را از برنامه درمانی خود کنار نمی‌گذاریم. ولی اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، شما مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید را 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 دفترچه اطلاعاتی اعضا** نحوه درخواست از ما برای تصمیم پوششی را توضیح می‌دهد.

G2. حقوق شما برای گفتن اینکه اگر نتوانید در مورد مراقبت درمانی از خودتان تصمیم بگیرید، می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد

گاهی اوقات اشخاص نمی‌توانند در مورد مراقبت درمانی از خودشان تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین چیزی برایتان پیش بیاید، می‌توانید:

- یک فرم کتبی را پر کنید که به فردی حق می‌دهد در مورد مراقبت درمانی برای شما تصمیم بگیرد.
- به پزشکان خود در مورد اینکه اگر نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید **دستورات کتبی بدهید** که می‌خواهید چطور به مراقبت درمانی شما رسیدگی شود از جمله مراقبتی‌هایی که نمی‌خواهید انجام شود.

از این سند قانونی که برای ارائه دستورات خود استفاده می‌کنید «فرم دستورالعمل قبلی» خوانده می‌شود. انواع مختلفی از فرم دستورات پیشرفته وجود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونه‌هایی از جمله وصیت پایان حیات و وکالت نامه 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، سازمان خدمات قانونی یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. داروخانه‌ها و مطب‌های ارائه‌کنندگان اغلب این فرم‌ها را دارند. همچنین می‌توانید فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا کرده و دانلود کنید. همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان تماس گرفته و برای فرم درخواست کنید.
- **فرم را تکمیل و امضا کنید.** این فرم یک سند قانونی می‌باشد. 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 آن را به اشخاصی بدهید که لازم است از آن آگاه باشند.** باید یک نسخه از فرم را به پزشکتان بدهید. همچنین باید نسخه‌ای از آن را به شخصی بدهید که انتخاب کرده‌اید تا 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضاء نکرده باشید، بیمارستان فرم هایی را در اختیار دارد و از شما سؤال خواهد کرد که آیا می خواهید آن را امضاء کنید.

حقوق قانونی شما از این قرار است:

- دستورالعمل قبلی خود را در سابق پزشکی تان قرار دهید.
 - دستورالعمل قبلی خود را تغییر داده یا لغو کنید.
 - اطلاعاتی را در مورد تغییرات در قوانین دستورالعمل قبلی دریافت کنید. Blue Shield TotalDual Plan در کمتر از 90 روز بعد از ایجاد تغییرات در قوانین ایالتی به شما اطلاع خواهد داد.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتری تماس بگیرید.

G3. اگر دستورالعمل های شما مراعات نشوند باید چه کار کنید

اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضاء کردید و فکر می کنید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل های شما را رعایت نکرده اند، می توانید به برنامه Livanta (سازمان بهبود کیفیت کالیفرنیا) به شماره (855) 887-6668 (TTY: (877) 588-1123) شکایتی را به صورت تلفنی ثبت یا کتبا به آدرس زیر ارسال کنید: Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

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

فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا به شما می گوید که اگر مشکلات یا نگرانی هایی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود دارید چه کار کنید. برای مثال می توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم، برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوششی درخواست تجدیدنظر کنید یا شکایت کنید.

شما حق دارید که اطلاعاتی را در مورد تجدیدنظرها و شکایاتی که سایر اعضای طرح درمانی بر علیه ما درخواست کرده اند دریافت کنید. برای دریافت این اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد

اگر فکر می کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده ایم - و این رفتار در مورد تبعیض نیست به دلایل ذکر شده در **فصل 11 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** - یا می خواهید اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود داشته باشید، می توانید با شماره های زیر تماس بگیرید:

- با اداره خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413
- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره (TTY: 711) 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر درباره HICAP، به فصل 2 بخش E مراجعه کنید.
- برنامه بازرسی به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید.



- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. 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/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf در دسترس است را مطالعه و دانلود کنید.)

1. مسئولیت های شما به عنوان یک عضو برنامه

به عنوان عضوی از برنامه درمانی، 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 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید. این فصل ها اطلاعاتی را در مورد موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند و مقرراتی که لازم است مراعات کنید و هزینه ای که باید پرداخت کنید در اختیار شما قرار می دهند.
 - داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و 6 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.
- هرگونه پوشش درمانی یا داروی نسخه دار دیگری که دارید را به اطلاع ما برسانید. ما باید مطمئن شویم که هنگام دریافت مراقبت درمانی از همه گزینه های پوششی خود استفاده می کنید. اگر درخواست پوشش دیگری را دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- به پزشک خود و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی بگویید که شما عضو برنامه درمانی ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا داروها، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- به پزشکان خود و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.
 - اطلاعاتی که لازم دارند را در مورد شما و بهداشت شما به آنها بدهید. تا جاییکه ممکن است با مشکلات درمانی خود آشنا شوید. برنامه ها و دستورالعمل های درمانی را که شما و ارائه کنندگان شما با آنها موافق هستید مراعات کنید.
 - مطمئن شوید که پزشکان شما و سایر ارائه کنندگان از همه داروهایی که مصرف می کنید آگاهی دارند. این موضوع شامل داروهای نسخه دار، داروهای بدون نسخه، ویتامین ها و مکمل های غذایی می شود.
 - هر سوالی دارید بپرسید. پزشکان شما و سایر ارائه کنندگان 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 هماهنگی کننده مراقبت‌های خود همکاری کنید از جمله در زمینه تکمیل ارزیابی سالانه خطر بهداشتی.
- **باملاحظه 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 ارائه کنندگان خدمات با احترام رفتار کنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- آنچه بدهکار هستید را پرداخت کنید. به عنوان عضوی از برنامه درمانی، شما در قبال پرداخت این هزینه ها مسئول هستید:

 - حق بیمه های Medicare بخش A و Medicare بخش B برای بیشتر اعضای Blue Shield TotalDual Plan، حق بیمه های Medicare بخش A و Medicare بخش B شما را پرداخت می کند.
 - برای برخی خدمات و حمایت های بلند مدت یا داروهای تحت پوشش برنامه درمانی، شما باید سهم خود از هزینه را در هنگام دریافت دارو یا خدمات بپردازید. این مبلغ سهم بیمه شده/copay (مبلغ ثابت) خواهد بود. فصل 4 اطلاعاتی را در مورد هزینه ای که برای خدمات و حمایت های بلندمدت خود باید بپردازید به شما ارائه می کند. فصل 6 اطلاعاتی را در مورد هزینه ای که برای داروهای خود باید بپردازید به شما ارائه می کند.
 - اگر خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند، باید هزینه کامل را پرداخت کنید. (توجه: اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 مراجعه کنید.)

- اگر نقل مکان می کنید به ما اطلاع دهید. اگر قرار است نقل مکان کنید، اهمیت دارد که فوراً به ما اطلاع دهید. با هماهنگی کننده مراقبت های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.

 - اگر به خارج منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی توانید در برنامه درمانی ما باقی بمانید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می کنند می توانند عضو این برنامه درمانی باشند. فصل 1 دفترچه اطلاعاتی اعضا، اطلاعاتی را در مورد منطقه خدماتی ما ارائه می کند.
 - ما می توانیم به شما کمک کنیم دریابید که آیا به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان می کنید. در طول دوره عضویت ویژه، می توانید به Medicare اصلی تغییر داده یا در برنامه درمانی یا داروی نسخه دار Medicare در محل جدید خود عضو شوید. اگر برنامه درمانی در منطقه جدید شما داشته باشیم، می توانیم به شما اطلاع دهیم.
 - نشانی جدید خود را در هنگام نقل مکان در اختیار Medicare و Medi-Cal قرار دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شماره تلفن های Medicare و Medi-Cal، به فصل 2 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.
 - اگر در داخل منطقه خدماتی ما نقل مکان می کنید، هنوز 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 شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- اگر سؤال یا نگرانی هایی دارید برای دریافت کمک با هماهنگی کننده مراقبت های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.



فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی دارید باید چه کار کنید (تصمیمات، تجدیدنظرها و شکایات مربوط به پوشش)

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شماست این فصل را برای کسب اطلاعات در موارد زیر مطالعه کنید:

- شما در مورد برنامه درمانی خود شکایتی دارید.
- به خدمات، اقلام یا دارویی نیاز دارید که برنامه درمانی شما گفته که پوشش نخواهد داد.
- با تصمیمی که برنامه درمانی شما در مورد مراقبت از شما گرفته، موافق نیستید.
- شما فکر می کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی زود تمام می شوند.
- مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت های بلند مدت شامل خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (NF) دارید.

این فصل دارای بخش های مختلفی است تا به راحتی مطالب مورد نظر خود را پیدا کنید. اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش هایی از این فصل را که به وضعیت شما مربوط می شوند مطالعه کنید.

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت های بلند مدتی که پزشک و سایر ارائه کنندگان شما تشخیص داده اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. اگر در مورد مراقبت از خود با مشکلی مواجه هستید، می توانید برای دریافت کمک با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. این فصل در مورد گزینه های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی داده ولی همیشه می توانید با برنامه بازرسی Cal MediConnect برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود تماس بگیرید. برای دسترسی به منابع بیشتر به منظور رسیدگی به نگرانی های خود و راه های تماس با آنها، به فصل 2 دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید.



فهرست مطالب

197	A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید باید چه کار کنید.
197	A1. درباره عبارات قانونی
197	B. مکان دریافت کمک
197	B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر
199	C. درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما.
199	D. مشکلات مربوط به مزایای شما.
199	E. تصمیمات و تجدینظرهای مربوط به پوشش.
200	E1. تصمیمات مربوط به پوشش
200	E2. تجدینظرها
201	E3. کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدینظرهای مربوط به پوشش
202	E4. کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟
202	F. Medical care
202	F1. استفاده از این بخش
203	F2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش
205	F3. درخواست تجدینظر مرحله 1
208	F4. درخواست یک تجدینظر سطح 2
214	F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه
216	G. داروهای نسخه دار Medicare بخش D
216	G1. تصمیمات و تجدینظرهای مربوط به پوشش بخش D از Medicare
217	G2. استثنای Medicare بخش D:
219	G3. نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استثنا دانست
219	G4. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش از جمله درخواست استثنا



222.....	G5. درخواست یک تجدینظر مرحله 1
224.....	G6 درخواست یک تجدینظر سطح 2
226.....	H. درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان.
226.....	H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما
227.....	H2. درخواست تجدینظر مرحله 1
229.....	H3. درخواست یک تجدینظر سطح 2
230.....	H4. درخواست یک تجدینظر ثانوی مرحله 1
231.....	H5. درخواست یک تجدینظر ثانوی مرحله 2
232.....	I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی مشخص.
232.....	I1. اطلاع رسانی پیش از پایان پوشش خود
232.....	I2. درخواست تجدینظر مرحله 1
234.....	I3 درخواست یک تجدینظر سطح 2
235.....	I4. درخواست یک تجدینظر ثانوی مرحله 1
236.....	I5. درخواست یک تجدینظر ثانوی مرحله 2
237.....	J. ادامه درخواست تجدینظر بعد از مرحله 2.
237.....	J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare
238.....	J2. دیگر تجدینظرهای Medi-Cal
239.....	J3. مراحل تجدینظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی بخش D Medicare
240.....	K. نحوه تسلیم شکایت.
240.....	K1. شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد
242.....	K2. شکایات داخلی
243.....	K3. شکایات بیرونی

A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید باید چه کار کنید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی ها را توضیح می دهد. فرآیندی که استفاده می کنید به نوع مشکل شما بستگی دارد. از یک فرآیند برای تصمیمات پوششی و تجدیدنظرها و از فرآیند دیگر برای درخواست شکایات استفاده کنید؛ که نارضایتی ها نیز نامیده می شود.

برای اطمینان از رعایت عدالت و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه ای از قوانین، رویه ها و مهلت هایی است که ما و شما باید از آنها پیروی کنیم.

A1. درباره عبارات قانونی

عبارات قانونی برای برخی از مقررات و مهلت ها در این فصل وجود دارند. درک بسیاری از این عبارات ممکن است مشکل باشد، بنابراین ما هر جایی که امکان داشته است از کلمات ساده تر به جای برخی عبارات قانونی استفاده کرده ایم. ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی کنیم.

به عنوان مثال می گوئیم:

- «شکایت کردن» به جای «تسلیم یک نارضایتی»
- «تصمیم پوششی» به جای «تشخیص سازمانی»، «تعیین مزایا»، «تعیین خطر» یا «تعیین پوشش»
- «تصمیم پوششی سریع» به جای «اتخاذ تصمیم سریع»
- «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 می کنیم.

B. مکان دریافت کمک**B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر**

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روال رسیدگی به مشکل ممکن است موجب سردرگمی شود. این موضوع مخصوصاً ممکن است که اگر حالتان خوب نباشد یا انرژی محدود داشته باشید صادق باشد. در موارد دیگر ممکن است اطلاعات کافی را برای انجام مرحله بعدی نداشته باشید.

راهنمایی از برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

می توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. مشاورین HICAP می توانند 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 نمی باشد. HICAP مشاورین کارآموزی دیده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می باشند. شماره تلفن HICAP، 1-800-434-0222 می باشد.



کمک از سوی برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal

می توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و در مورد سوالات پوشش درمانی خود با یک مدافع حقوق صحبت کنید. آنها کمک قانونی رایگان ارائه می کنند. برنامه بازرسی (Ombuds Program) با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی دیگری مرتبط نیست. شماره تلفن آنها 1-888-804-3536 و وب سایت آنها www.healthconsumer.org است.

دریافت راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات و کمک بیشتر می توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare عنوان می شود:

- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- از وبسایت Medicare بازدید کنید (www.medicare.gov).

دریافت اطلاعات و کمک از Medi-Cal**دریافت کمک از اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا**

بازرس کل مراقبت های هماهنگ Medi-Cal از سوی سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (DHCS) می تواند کمک کند. اگر در مورد عضو شدن، تغییر یا ترک برنامه درمانی خود مشکلی دارید، آنها می توانند کمک کنند. اگر تغییر مکان داده اید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدید مشکلی دارید نیز می توانند کمک کنند. می توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. به شماره 1-888-452-8609 با بازرس کل تماس بگیرید.

دریافت راهنمایی از سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا

برای دریافت کمک رایگان، با سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر برنامه های درمانی است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظرهای مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب کمک می کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا گنگ می توانند با تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می توانید از وبسایت DMHC به آدرس www.HealthHelp.ca.gov بازدید کنید.

سازمان مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه های خدمات درمانی است. اگر علیه برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با شرکت بیمه خود به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس گرفته و قبل از تماس با این سازمان از روال شکایت برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این رویه ارائه شکایت، شما را از هیچگونه حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی کند. اگر در مورد شکایت خود درباره وضعیت اورژانسی، 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. شما 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 درمان، پوشش های درمانی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و



نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شود. 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 گویایی دارند، می‌باشد. وبسایت اینترنتی این اداره به نشانی www.dmhc.ca.gov حاوی فرم های شکایت، فرم‌های درخواست برای IMR و دستورالعمل های آنلاین است.

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

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل برای همه مزایای Medicare و Medi-Cal شما به کار می‌رود. این موضوع گاهی اوقات "فرآیند یکپارچه" نامیده می‌شود زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات نمی‌توان 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 می‌کنید. بخش F4 این موقعیت‌ها را توضیح می‌دهد.

D. مشکلات مربوط به مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را که به وضعیت شما مربوط می‌شوند مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک می‌کند که بخش مناسب این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایای پوشش می‌باشد؟	
چند نمونه خاص عبارتند از: مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص، یا داروهای نسخه دار، روشی که آنها تحت پوشش بوده و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی یا داروهای نسخه دار.	
<p>بله.</p> <p>مشکل من در مورد مزایای پوشش است.</p> <p>به بخش E، «تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش» مراجعه کنید.</p>	<p>خیر.</p> <p>مشکل من در این مورد نیست: مزایای پوشش است.</p> <p>به بخش K، «نحوه تسلیم شکایت» مراجعه کنید.</p>

E. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

روال درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و درخواست تجدیدنظر به مشکلات مربوط به مزایای پوشش شما می‌پردازد. این روال شامل مشکلات مربوط به پرداخت هزینه نیز می‌شود.

E1. تصمیمات مربوط به پوشش

تصمیم مربوط به پوشش، تصمیمی است که ما درباره مزایا و پوشش شما یا درباره مبلغ پرداختی شما بابت خدمات پزشکی یا داروهایتان می‌گیریم. به عنوان مثال، پزشک شبکه طرح شما هر زمان که از او مراقبت پزشکی دریافت می‌کنید، یک تصمیم مربوط به پوشش (مطلوب) برای شما می‌گیرد (به فصل 4، بخش H از دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید).

شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و برای یک تصمیم مربوط به پوشش درخواست بدهید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا 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 مربوط به پوشش بگیریم.

ما هر زمان که تصمیم بگیریم چه موردی برای شما تحت پوشش است و چه مقدار پرداخت می‌کنیم در مورد پوشش تصمیم‌گیری می‌کنیم. 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 مربوط به پوشش موافق نبودید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. تجدیدنظرها

اگر ما یک تصمیم مربوط به پوشش بگیریم و شما از این تصمیم راضی نبودید، می‌توانید درباره این تصمیم درخواست «تجدیدنظر» کنید. تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست از ما برای بررسی و تغییر تصمیم مربوط به پوشش که گرفته ایم، است.

هنگامی که برای اولین بار در مورد یک تصمیم تجدیدنظر می‌کنید، به آن درخواست تجدیدنظر سطح 1 می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم مربوط به پوشش که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم. بازبینی‌کنندگانی متفاوت از افرادی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

در بیشتر موارد باید تجدیدنظر خود را در مرحله 1 شروع کنید. اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند یا اگر درد شدیدی دارید و نیاز به تصمیم فوری دارید، می‌توانید از اداره مراقبت‌های درمانی هماهنگ در www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی مستقل پزشکی IMR کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 203 مراجعه کنید.

هنگامیکه بررسی را تمام کردیم، تصمیم خود را به شما ارائه می‌کنیم. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل در بخش F2 توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست یک تصمیم مربوط به پوشش تسریع‌شده یا «تصمیم‌گیری پوشش سریع» یا تجدیدنظر سریع را داشته باشید.

اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه ای را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام پزشکی Medicare یا داروهای بخش B باشد، این نامه به شما خواهد گفت که برای تجدیدنظر مرحله 2، پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل (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



مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام تحت پوشش Medicare و Medicaid باشد، این نامه اطلاعاتی در مورد هر دو نوع تجدیدنظرهای سطح 2 به شما می دهد.

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

می توانید از هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- خدمات مشتریان از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه
 - تماس با برنامه بازرسی کل Medicare Medi-Cal از طریق شماره 1-855-501-3077.
 - با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222.
 - مرکز کمک سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) برای دریافت کمک رایگان. DMHC مسئول نظارت بر برنامه های درمانی است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظرهای مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب کمک می کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا کنگ می توانند با تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می توانید از وبسایت DMHC به آدرس www.HealthHelp.ca.gov بازدید کنید.
 - پزشک شما یا سایر ارائه کنندگان. پزشک شما یا سایر ارائه کنندگان می توانند برای تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر از سوی شما درخواست کنند.
 - یکی از اعضای خانواده یا دوستان می توانید 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 تصمیم مربوط به پوشش یا درخواست تجدیدنظر، الزامی به داشتن وکیل ندارید.
 - با وکیل خودتان تماس گرفته یا نام وکیل را از انجمن محلی وکلا یا سایر خدمات ارجاع دهنده دریافت کنید. برخی گروه های قانونی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد.
 - از طریق شماره تلفن 1-888-804-3536 از برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds Program یک وکیل مدافع قانونی درخواست کنید.
- اگر می خواهید که یک وکیل یا شخصی دیگر از سوی شما نمایندگی کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به شخص دیگر اجازه می دهد که از سوی شما اقدام کند.

برای دریافت اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید و برای دریافت فرم «انتصاب نماینده» درخواست دهید. همچنین می توانید این فرم را از آدرس www.cms.gov/Medicare/CMS- دریافت کنید.



[Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.blueshieldca.com/forms/cms-forms/downloads/cms1696.pdf) تهیه کنید. شما باید نسخه ای 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 می باشند. هر موقعیت مقررات و مهلت های متفاوتی دارد. ما در یک بخش جداگانه از این فصل جزئیات را به هر نفر می دهیم. به بخشی مربوط به خود مراجعه کنید:

- **بخش F**، "درمان Medical"
- **بخش G**، "داروهای Medicare نسخه دار 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 توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)).

اگر مطمئن نیستید که کدام بخش برای شما کاربردی است، از طریق شماره های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید. همچنین شما می توانید از ارگان های دولتی مانند برنامه State Health Insurance Assistance Program خود کمک بگیرید یا اطلاعات کسب کنید.

F. Medical care

اگر در خصوص دریافت پوشش درمان پزشکی دچار مشکل هستید یا اگر می خواهید ما سهم خود از هزینه درمان شما را بازپرداخت کنیم این بخش به شما توضیح می دهد که چه کار انجام دهید.

این بخش در مورد تسهیلات شما برای درمان و مراقبت پزشکی و خدماتی است که در **فصل 4 دفترچه راهنمای اعضای** شما توضیح داده شده است. ما عموماً در باقیمانده این بخش به «پوشش درمانی پزشکی» و «درمان پزشکی» ارجاع می دهیم. اصطلاح «درمان پزشکی» شامل خدمات پزشکی و مواردی همچون داروهای دارای نسخه بخش B از Medicare، داروهایی که دکتر شما یا متخصص بهداشت و درمان تجویز می کنند، است. ممکن است قوانین مختلفی در خصوص داروهای نسخه دار Medicare بخش B اعمال شوند. وقتی این قوانین اعمال می شوند ما توضیح می دهیم که قوانین داروهای نسخه دار Medicare بخش B چگونه از قوانین خدمات پزشکی و آیتها متفاوت هستند.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می دهد که در هر یک از موقعیت هایی که در ادامه می آید چه کاری می توانید بکنید:

1. فکر می کنید که ما درمان پزشکی مورد نیازتان را پوشش می دهیم اما شما این پوشش را دریافت نمی کنید.

چه کار می توانید بکنید: می توانید از ما بخواهید که تصمیم مربوط به پوشش بگیریم. به **بخش F2** مراجعه کنید.



2. ما درمان پزشکی که دکتر شما یا دیگر ارائه‌دهنده بهداشت و درمان قصد ارائه به شما دارند را تایید نکردیم، و شما فکر میکنید 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 درمان پزشکی دریافت کردید و فکر می‌کنید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما هزینه آن را پرداخت نخواهیم کرد.
چه کار می‌توانید بکنید: شما می‌توانید در مورد تصمیم ما در خصوص عدم پرداخت درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.
4. شما درمان 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 بخواهید که آنرا به شما بازپرداخت کنیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.
5. ما پوشش شما برای درمان 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. برای دریافت مراقبت دچار تاخیر هستید یا نمی‌توانید یک دکتر پیدا کنید.
چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید شکایت تنظیم کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

F2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش

وقتی که یک تصمیم در خصوص پوشش درمان پزشکی شما را درگیر می‌کنید به آن «تصمیم یکپارچه سازمانی» می‌گویند.

شما، پزشک شما، یا نماینده شما می‌توانید از طریق موارد زیر از ما برای تصمیم پوشش درخواست کنید.

• تماس: 711: TTY: 452-4413 (800) .

• فکس: 6671-251 (877).

• بصورت کتبی:



Blue Shield TotalDual 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 "مهلت های استاندارد" استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از "مهلت های سریع" استفاده کنیم. تصمیم مربوط به پوشش متعارف بدین معنی می‌باشد که به شما پاسخی می‌دهیم در مورد یک:

- سرویس یا آیت‌های پزشکی ظرف 14 روز تقویمی بعد از آنکه درخواست شما را دریافت کنیم. برای برنامه‌های Knox-Keene ظرف 5 روز تقویمی و نه دیرتر از 14 روز تقویمی بعد از آنکه درخواست شما را دریافت کنیم.
- داروهای نسخه دار Medicare بخش B ظرف 72 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را دریافت کردیم.

تصمیم مربوط به پوشش سریع

عبارت حقوقی برای "تصمیم مربوط به پوشش سریع" عبارت است از "تصمیم تسریع شده".

زمانی که شما از ما درخواست یک تصمیم مربوط به پوشش درباره درمان پزشکی خود دارید و سلامتی شما نیازمند پاسخ سریع است، از ما درخواست یک "تصمیم مربوط به پوشش سریع" بکنید. تصمیم مربوط به پوشش سریع یعنی اینکه به شما پاسخی در مورد موارد زیر خواهیم داد:

- سرویس یا آیت‌های پزشکی ظرف 72 روز تقویمی بعد از آنکه درخواست شما را دریافت کنیم، یا در زمانی سریعتر در صورتی که شرایط پزشکی شما نیازمند یک پاسخ سریع باشد.
 - داروهای نسخه دار Medicare بخش B ظرف 24 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را دریافت کردیم.
- شما باید دو شرط زیر را برای دریافت تصمیم مربوط به پوشش سریع برآورده کنید:
- شما درخواست پوشش برای درمان پزشکی ای دارید که دریافت نکردید. شما نمی‌توانید برای درمان پزشکی که قبلاً دریافت کرده‌اید درخواست تصمیم مربوط به پوشش سریع در مورد پرداخت داشته باشید.
 - استفاده از مهلت های متعارف می‌تواند ضرر جدی به سلامتی شما وارد کرده یا به توانایی شما در عملکرد آسیب وارد کند.
- اگر دکتر شما به ما بگوید به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم است، ما به صورت خودکار یک "تصمیم مربوط به پوشش سریع" به شما می‌دهیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم مربوط به پوشش سریع را دریافت کنید یا خیر.



- اگر تصمیم بگیریم که عارضه پزشکی شما شرایط تصمیم مربوط به پوشش سریع را برآورده نمی کند، نامه ای را بدین مضمون برای شما ارسال می کنیم و در عوض از مهلت های استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه به شما می گوید:
 - اگر دکتر شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تصمیم مربوط به پوشش سریع به شما می دهیم.
 - چگونه می توانید "شکایت سریع" را در مورد تصمیم ما در ارائه تصمیم مربوط به پوشش متعارف به جای تصمیم مربوط به پوشش سریعی که درخواست کردید، تنظیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ایجاد یک شکایت از جمله یک شکایت فوری به بخش K مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، نامه ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد.

- اگر جواب خیر بدهیم، شما حق دارید که درخواست تجدیدنظر کنید. اگر فکر می کنید که ما اشتباه کرده ایم، تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیم خود و تغییر آن است.
 - اگر تصمیم بگیرید که درخواست تجدیدنظر کنید، به مرحله 1 روال تجدیدنظر خواهید رفت (به بخش F3 مراجعه کنید).
- در شرایط محدود ممکن است درخواست شما برای تصمیم مربوط به پوشش را نادیده بگیریم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی کنیم. مثالهایی از موقعیتهایی که یک درخواست رد می شود 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 درخواست کنید که درخواستتان لغو شود.

اگر ما یک درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش را نادیده بگیریم، یک اطلاعیه حاوی توضیح دلیل رد شدن درخواست و چگونگی درخواست برای بررسی عدم پذیرش برای شما می فرستیم. به این بازبینی درخواست تجدیدنظر گفته می شود. در مورد تجدیدنظرها در بخش بعدی بحث می شود.

F3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

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

برای "تجدیدنظر متعارف" یا "تجدیدنظر سریع" از طریق کتبی یا تماس با از طریق شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

- اگر دکترتان یا شخص تجویز کننده دیگری درخواست ادامه خدمات یا آیمتی را کند که شما قبلاً در دوره تجدیدنظر خود در حال دریافت آن هستید، ممکن است نیاز باشد که ایشان را به عنوان نماینده خود معرفی کنید که از جانب شما اقدام می کنند.
- اگر شخصی به غیر از دکتر شما درخواست تجدیدنظر کند، یک فرم انتصاب نماینده که به این شخص اجازه نمایندگی از جانب شما را می دهد ضمیمه کنید. همچنین می توانید این فرم را از آدرس



تهیه www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 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 در مدت 44 روز تقویمی پس از دریافت 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 60 روز تقویمی از تاریخ بر روی نامه ای که برای آگاه سازی شما از تصمیم ارسال می‌داریم 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. مثالهای از دلایل مناسب مانند این موارد است که شما به بیماری و خیمی مبتلا بودید یا ما اطلاعاتی اشتباه در مورد مهلت به شما داده باشیم. در زمان درخواست تجدیدنظر خود دلیل تاخیر 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 به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، برای "تجدیدنظر سریع" درخواست کنید.

عبارت حقوقی برای "تجدیدنظر سریع" "تجدید نظر تسریع شده" است.

- اگر شما برای تصمیم ما در مورد پوشش درمانی که شما دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، شما و یا دکتر شما تصمیم می‌گیرید که آیا شما به تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- اگر دکتر شما به ما بگوید به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم است، ما به صورت خودکار یک "تصمیم مربوط به پوشش سریع" به شما می‌دهیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تجدیدنظر سریع را دریافت کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که سلامتی شما شرایط تجدیدنظر سریع را برآورده نمی‌کند، نامه ای را بدین مضمون برای شما ارسال می‌کنیم و در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید:
 - اگر دکتر شما درخواست کند، ما به صورت خودکار یک تجدیدنظر سریع به شما می‌دهیم.
 - چگونه می‌توانید "شکایت سریع" را در مورد تصمیم ما در ارائه تجدیدنظر متعارف به جای تجدیدنظر سریع تنظیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ایجاد یک شکایت از جمله یک شکایت فوری به بخش K مراجعه کنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



اگر ما به شما بگوییم که ما در حال توقف یا کاهش خدمات یا آیتم‌هایی هستیم که شما قبلاً دریافت می‌کردید، ممکن است بتوانید در زمان تجدیدنظر خود آن خدمات را ادامه بدهید.

- اگر ما تصمیم به تغییر یا توقف پوشش یک سرویس یا آیتم‌هایی بگیریم که شما دریافت می‌کنید، قبل از اقدام یک اطلاعیه برای شما می‌فرستیم.
- اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید تجدیدنظر سطح 1 تنظیم کنید.
- اگر شما برای تجدیدنظر سطح 1 درخواست کنید ما تا مدت 10 روز تقویمی از تاریخ نامه شما یا تاریخ اجرایی موثر تعیین‌شده، هر کدام که دیرتر است، پوشش سرویس یا آیتم را ادامه می‌دهیم.
 - اگر شما این مهلت را رعایت کنید، سرویس یا آیتم را در زمان سپری شدن تجدیدنظر سطح 1 بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
 - شما همچنین تمام سایر خدمات یا آیتمها (که مربوط به تجدیدنظر شما نیستند) را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
 - اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر نکنید، آنگاه سرویس یا آیتم شما تا زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهند 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 گردآوری 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 از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
 - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به روال تجدیدنظر سطح 2 بفرستیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، ما در مورد این سازمان و روال تجدیدنظرهای سطح 2 برای شما توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، خودتان می‌توانید به محض تمام شدن زمان یک تجدیدنظر سطح 2 - دادرسی ایالتی با ایالت - را تنظیم کنید. در کالیفرنیا به State Hearing دادرسی ایالتی گفته می‌شود. برای تسلیم یک دادرسی ایالتی به بخش F4 مراجعه کنید.



- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد، 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 به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، درخواست تجدیدنظر شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به IRO می‌فرستیم.
- مهلت هایی برای تجدیدنظر استاندارد وجود دارد.**

- وقتی ما از مهلت‌های متعارف استفاده می‌کنیم باید ظرف مدت 30 روز تقویمی بعد از اینکه درخواست تجدیدنظر شما را برای پوشش خدماتی که دریافت نکردید، دریافت کردیم پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر درخواست شما برای داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B است که دریافت نکردید، ما پاسخ خود را ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر شما، یا اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد زودتر به شما بدهیم.
 - اگر تا زمان مهلت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به روال تجدیدنظر سطح 2 بفرستیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در بخش F4، ما در مورد این سازمان و روال تجدیدنظرهای سطح 2 برای شما توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، خودتان می‌توانید به محض تمام شدن زمان یک تجدیدنظر سطح 2 – دادرسی ایالتی با ایالت – را تنظیم کنید. در کالیفرنیا به State Hearing دادرسی ایالتی گفته می‌شود. برای تسلیم یک دادرسی ایالتی به بخش F4 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد، باید پوششی را که موافقت کردیم ارائه دهیم ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا اگر شرایط سلامتی شما نیازمند است در زمانی سریعتر و ظرف 72 ساعت بعد از اینکه تصمیم خود را تغییر دادیم تصویب یا ارائه کنیم، یا ظرف 7 روز تقویمی از تاریخی که ما درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کردیم، در صورتیکه درخواست شما مربوط به داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B باشد.

اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، شما حقوق دیگری برای تجدیدنظر دارید:

- اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، 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 به IRO برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کردیم.
- 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 یک تجدیدنظر سطح 2

اگر به بخشی یا همه تجدیدنظر مرحله 1 شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما خواهد گفت که آیا خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal یا هر دو برنامه می‌باشند.



- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که **Medicare** معمولاً پوشش می‌دهد، ما پرونده شما را به محض اینکه تجدیدنظر مرحله 1 کامل شد، به طور خودکار برای مرحله 2 روال تجدیدنظر ارسال خواهیم کرد.
 - 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 بعداً اطلاعات بیشتری در این فصل قرار می‌دهیم.
 - 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 بازبینی مستقل **Medical** با ایالت درخواست دهید. با این وجود، اگر که قبلاً مدرکی در دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید امکان بازبینی مستقل **Medical** وجود ندارد.
- اگر زمانی که تجدیدنظر مرحله 1 را تنظیم کردید برای ادامه دریافت تسهیلات واجد صلاحیت شناخته شدید، همچنین ممکن است تسهیلات شما برای خدمات و اقلام یا داروی تحت تجدیدنظر در زمان مرحله 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات مربوط به ادامه تسهیلات شما 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 نخواهند کرد.
 - اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که فقط تحت پوشش **Medi-Cal** می‌باشد، مزایای شما برای آن خدمات ادامه می‌یابد اگر ظرف 10 روز تقویمی بعد از دریافت نامه تصمیم ما اقدام به تجدیدنظر مرحله 2 کنید.
- وقتی مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medicare می‌باشد.**
- IRO تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد.**

نام رسمی "سازمان بررسی مستقل (IRO) "Independent Review Entity" است که گاهی اوقات **IRE** نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما پیوندی ندارد و یک آژانس دولتی نیست. **Medicare** همکاری با شرکت **IRO** را انتخاب کرده و **Medicare** کار ایشان را بررسی 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 دارید.
 - 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 یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 نیز خواهید داشت.**
- اگر درخواست یک "تجدیدنظر سریع" در مرحله 1 به ما داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 نیز خواهید داشت. **IRO** با "تجدیدنظر سریع" موافقت کند، پاسخی را ظرف **72** ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به تجدیدنظر مرحله 2 شما می‌دهد.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- اگر یک "تجدیدنظر متعارف" در مرحله 1 داشتید، همچنین یک تجدیدنظر متعارف در مرحله 2 خواهید داشت.
- اگر درخواست یک "تجدیدنظر متعارف" در مرحله 1 به ما داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر متعارف در مرحله 2 نیز خواهید داشت.
- اگر درخواست شما برای خدمات یا اقلام پزشکی است IRO باید پاسخی را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به تجدیدنظر مرحله 2 شما بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروهای نسخه دار Medicare بخش B است IRO باید پاسخی را ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به تجدیدنظر مرحله 2 شما بدهد.
- اگر IRO پاسخ خود را به صورت کتبی به شما بدهد و دلایل خود را توضیح دهد.
- اگر IRO به بخشی از یا همه درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی جواب مثبت بدهد، ما باید بی درنگ تصمیم را اجرا کنیم:
 - دادن مجوز پوشش مراقبت پزشکی ظرف 72 ساعت، یا
 - ارائه سرویس ظرف 5 روز کاری بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست های استاندارد را دریافت کردیم، یا
 - ارائه سرویس ظرف 72 روز کاری بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست های تسریع شده را دریافت کردیم
- اگر IRO به بخشی از یا همه درخواست شما برای داروهای نسخه دار Medicare بخش B جواب مثبت بدهد، ما باید مجوز یا تامین داروهای نسخه دار Medicare بخش B تحت نزاع را ارائه کنیم:
 - ظرف 72 ساعت بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست های استاندارد را دریافت کردیم، یا
 - ظرف 24 ساعت بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست های تسریع شده را دریافت کردیم.
- اگر IRO به بخشی از یا همه درخواست تجدیدنظر شما جواب منفی بدهد، 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 "تصمیم عدم تایید" "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" یا خوانده می شود.
 - اگر پرونده شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می کنید که آیا می خواهید به درخواست تجدید نظر خود ادامه دهید.
 - در روال تجدیدنظر سه مرحله اضافی مختلف بعد از مرحله 2 وجود دارد که روی هم پنج مرحله می شود.
 - اگر تجدیدنظر مرحله 2 شما رد شد و شما شرایط ادامه دادن روال تجدیدنظر را برآورده می کنید، باید تصمیم بگیرید که می خواهید به مرحله 3 بروید و یک درخواست تجدیدنظر سوم بدهید. جزئیات درباره نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که شما بعد از تجدیدنظر مرحله 2 دریافت کردید وجود دارد.



○ یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

وقتی مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medi می باشد

دو روش برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 برای خدمات و اقلام Medi-Cal وجود دارد: (1) تنظیم یک شکایت یا بازبینی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

1) بررسی مستقل پزشکی (IMR)

می توانید یک شکایت تنظیم کنید یا از سازمان مراقبت بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) درخواست کنید. با تنظیم یک شکایت، DMHC تصمیم ما را بازبینی خواهد کرد و تصمیم نهایی را خواهد گرفت. برای سرویس‌ها یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal که طبیعتاً پزشکی هستند گزینه IMR موجود است. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی می باشد که بخشی از برنامه درمانی 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 هزینه ای را برای IMR پرداخت نمی کنید.

می‌توانید یک شکایت تنظیم کنید یا برای یک IMR درخواست دهید اگر برنامه ما:

- خدمات یا مداوای Medi-Cal را تأیید نمی کند، تغییری می دهد یا به تأخیر می اندازد چون برنامه تشخیص داده که ضرورت پزشکی ندارد.
- یک مداوای Medi-Cal تجربی یا تحقیقاتی را برای یک عارضه پزشکی وخیم پوشش نخواهد داد.
- بحث می‌کند که آیا یک خدمات یا روش جراحی ماهیت زیبایی یا بازسازی دارد.
- هزینه خدمات Medi-Cal اضطراری یا فوری که قبلاً دریافت کرده اید را پرداخت نخواهد کرد.
- به تجدیدنظر مرحله 1 شما در مورد خدمات Medi-Cal ظرف 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت یا سریعتر، در صورتی که سلامتی شما نیازمند است، برای تجدیدنظر سریع رسیدگی نکرده است.

توجه: اگر ارائه‌دهنده شما برای شما درخواست تجدیدنظر داده است، اما ما فرم انتصاب نماینده شما را دریافت نکرده باشیم، باید قبل از اینکه بتوانید برای سطح 2 IMR در بخش مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ شده درخواست تجدیدنظر خود را با ما تکمیل کنید، مگر اینکه درخواست تجدیدنظر شما شامل تهدید قریب الوقوع و جدی برای سلامتی شما، از جمله درد شدید، فوت احتمالی، از دست دادن احتمالی اندام یا عملکرد اصلی بدن، اما نه فقط محدود به این موارد، باشد.

شما حق دریافت IMR و دادرسی ایالتی را دارید، اما اگر قبلاً مدرکی در مورد همان موضوع را در یک جلسه دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید حق دریافت IMR را ندارید.

در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست برای IMR به ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد روال تجدیدنظر مرحله 1 به صفحه 210 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید با DMHC یک شکایت تنظیم کنید یا از مرکز پشتیبانی DMHC برای IMR درخواست کنید.

اگر مداوای شما مورد قبول قرار نرفته است چون تجربی یا تحقیقاتی بوده است، لزومی ندارد که قبل از درخواست برای IMR شرکت کنید.



اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید فوراً آن را بدون انجام مراحل تجدیدنظر ما به DMHC اطلاع دهید.

شما باید ظرف 6 ماه بعد از اینکه تصمیم کتبی در مورد تجدیدنظر را برای شما ارسال می‌کنیم برای IMR درخواست کنید. DMHC ممکن است پس از 6 ماه درخواست شما را به دلایل موجهی بپذیرد، مثلاً شما یک بیماری پزشکی داشتید که مانع از درخواست IMR در عرض 6 ماه شد یا اطلاع کافی از ما در مورد روند IMR دریافت نکردید.

درخواست برای IMR:

- فرم درخواست/شکایت بررسی پزشکی مستقل که در آدرس زیر موجود است را پر کنید:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.a
spx یا با مرکز امداد به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- رونوشت نامه‌ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا اقلامی که تصویب نشده را الصاق کنید، اگر آنها را در دست دارید. این کار می‌تواند روال IMR را سریع‌تر کند. رونوشت اسناد و نه اصل آنها را ارسال کنید. مرکز راهنمایی نمی‌تواند هیچگونه اسنادی را برگرداند.
- اگر شخصی در مورد IMR به شما کمک می‌کند، فرم کمک اجازه داده شده را پر کنید. می‌توانید فرم را در آدرس زیر پیدا کنید
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.a
spx یا با مرکز امداد به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم و هرگونه مدارک پیوست را به این نشانی ارسال یا فکس کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
Ninth Street, Suite 500 980
Sacramento, CA 95814-2725
فکس: 916-255-5241

- همچنین می‌توانید فرم درخواست/شکایت بازبینی مستقل پزشکی و فرم دستیار مجاز را به این آدرس به صورت آنلاین ارسال کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

اگر برای IMR واجد شرایط باشید، سازمان مراقبت درمانی هماهنگ (Department of Managed Health Care, DMHC) پرونده شما را بررسی کرده و نامه‌ای را ظرف 7 روز تقویمی برای شما ارسال می‌دارد که واجد شرایط بودن شما برای IMR را به آگاهی شما می‌رساند. پس از اینکه درخواست نامه و مدارک حمایتی شما از برنامه درمانی دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی اتخاذ خواهد شد. شما باید تصمیم مربوط به IMR را ظرف 45 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست نامه پر شده دریافت کنید.



اگر مورد شما فوریت و برای IMR واجد شرایط باشید، DMHC پرونده شما را بررسی کرده و نامه ای را ظرف 2 روز تقویمی برای شما ارسال می‌دارد که واجد شرایط بودن شما برای IMR را به آگاهی شما می‌رساند. پس از اینکه درخواست نامه و مدارک حمایتی شما از برنامه درمانی دریافت شد، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی اتخاذ خواهد شد. شما باید تصمیم مربوط به IMR را ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست نامه پر شده دریافت کنید. اگر از نتیجه IMR ناراضی هستید، هنوز می‌توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی درخواست کنید.

اگر DMHC همه مدارک 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 برنامه درمانی شما نیست، اهمیت دارد که مدارک پزشکی را از پزشکتان دریافت کرده و برای ما ارسال دارید. برنامه درمانی شما لازم است که نسخه‌هایی از پرونده‌های پزشکی شما را از پزشکانی که در شبکه هستند دریافت نماید.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط نیست، DMHC پرونده شما را از طریق فرآیند شکایت مشتری معمولی خود بررسی می‌کند. شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از ارسال درخواست تکمیل شده حل شود. اگر شکایت شما فوری باشد، زودتر به آن رسیدگی می‌شود.

(2) دادرسی عادلانه ایالتی

شما می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی کنید. اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری خدمات یا موردی را درخواست کند که ما آن را تأیید نمی‌کنیم، یا پرداخت هزینه خدمات یا آئینی که قبلاً داشتید ادامه ندهیم و به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده باشیم، شما حق درخواست دادرسی ایالتی دارید.

در بیشتر موارد شما 120 روز پس از اینکه اعلامیه «تصمیم نامه تجدیدنظر» برای شما پست شد فرصت دارید تا درخواست دادرسی ایالتی کنید.

توجه: اگر چون به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر می‌کند یا متوقف می‌شود درخواست دادرسی ایالتی کنید، اگر در حالی که دادرسی ایالتی شما در جریان است می‌خواهید همچنان سرویسها را دریافت کنید، روزهای کمتری برای ارسال درخواست خود دارید. برای اطلاعات بیشتر، «آیا تسهیلات من در طول درخواست‌های تجدیدنظر مرحله 2 ادامه خواهد داشت» را در صفحه 231 بخوانید.

دو روش درخواست برای دادرسی عادلانه ایالتی وجود دارد:

1. می‌توانید "درخواست برای دادرسی عادلانه ایالتی" را در پشت اعلامیه اقدامات پر کنید. باید همه اطلاعات درخواست شده از قبیل نام کامل خود، نشانی، شماره تلفن، نام برنامه درمانی یا کانتی که بر علیه آن اقدام نمودید، برنامه (های) امدادی مربوطه و دلیل مشروحتان برای درخواست دادرسی را ارائه کنید. سپس می‌توانید درخواست خود را به یکی از این روش‌ها تسلیم کنید:

- به اداره رفاه کانتی به نشانی ذکر شده در اعلامیه.
- به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا:

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



• به بخش دادرسی ایالتی به شماره فکس 916-651-5210 یا 916-651-2789.

2. می توانید با شماره 1-800-743-8525 با بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم دارید از طریق تلفن درخواست دادرسی ایالتی کنید، باید توجه داشته باشید که خطوط تلفن بسیار شلوغ هستند.

بخش دادرسی ایالتی تصمیم خود را به صورت کتبی به شما می دهد و دلایل را توضیح می دهد.

• اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا تمام درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی جواب مثبت بدهد، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از اینکه تصمیم آنها را دریافت کردیم مجوز را صادر کنیم یا خدمات یا اقلام را ارائه کنیم.

• اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما **خیر** بگوید، به این معنی است که آنها موافقت می کنند که ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت های پزشکی تأیید نکنیم. این "تصمیم عدم تایید" رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" یا خوانده می شود.

اگر تصمیم IRO یا دادرسی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما **خیر** باشد، شما حقوق تجدیدنظر دیگری دارید.

اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما به IRO رفت، تنها در صورتی می توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش دلاری سرویس یا کالای مورد نظر شما با حداقل مقدار معینی مطابقت داشته باشد. یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. **نامه ای که از IRO دریافت می کنید حقوق دیگری که ممکن است داشته باشید را توضیح خواهد داد.**

نامه ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را توضیح می دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود پس از سطح 2 به **بخش J** مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به ارائه دهندگان شبکه خود اجازه نمی دهیم برای خدمات و موارد تحت پوشش به شما صورت حساب بدهند. این امر حتی اگر هزینه ای کمتر از هزینه های ارائه دهنده برای یک سرویس یا اقلام تحت پوشش به ایشان پرداخت کنیم، صادق است. شما هرگز ملزم به پرداخت مبلغ هیچ صورت حسابی نیستید. تنها مبلغی که باید از شما بری پرداخت درخواست شود، همان پرداخت رده 2 است: داروهای ژنریک، رده 3: داروهای برند ترجیحی، رده 4: داروهای غیرترجیحی و رده 5: داروهای رده تخصصی.

اگر برای خدمات و اقلام تحت پوشش صورت حسابی بیش از مبلغ پرداختی دریافت کردید، صورت حساب را برای ما ارسال کنید. شما نباید خودتان صورت حساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه کننده تماس گرفته و ترتیب مشکل را می دهیم. اگر صورت حساب را پرداخت کنید، اگر از قوانین دریافت خدمات یا اقلام پیروی کنید، می توانید از طرح ما بازپرداخت دریافت کنید.

برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید. شرایطی را توضیح می دهد که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورت حسابی که از ارائه دهنده دریافت کرده اید 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 می کند.



اگر درخواست بازپرداخت کنید، یک درخواست برای یک تصمیم مربوط به پوشش را ارائه می‌کنید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا سرویس 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 کرده اید تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن خدمات یا اقلام را در مدت 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. هنگامیکه مبلغ پرداخت را ارسال می‌کنیم، به همان صورتی است که درخواست شما برای تصمیم مربوط به پوشش پاسخ **بله** می‌دهیم.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد یا از مقررات پیروی نکرده باشید، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که به شما می‌گوید هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد و دلیل آنرا توضیح می‌دهد.

اگر با تصمیم ما در مورد عدم پرداخت موافق نیستید، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.** از روال تجدیدنظری که در **بخش F3** توصیف شده پیروی کنید. هنگامیکه از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت درخواست تجدیدنظر می‌کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر به شما پاسخ دهیم.
 - اگر از ما درخواست می‌کنید که برای مراقبت پزشکی که قبلاً دریافت کرده اید و هزینه آنرا خودتان پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش دهد، ما 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 مبلغ پرداختی را برای شما یا ارائه‌کننده ظرف 30 روز تقویمی ارسال کنیم. اگر پاسخ به تجدیدنظر شما در هر مرحله تجدیدنظر بعد از مرحله 2 **بله** باشد، ما باید مبلغی که درخواست کردید را برای شما یا ارائه‌کننده سلامت ظرف 60 روز تقویمی ارسال کنیم.

- اگر IRO به درخواست شما جواب **خیر** بدهد، به این معنی است که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما را تایید کنیم. این "تصمیم عدم تایید" "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" یا خوانده می‌شود. نامه ای حاوی توضیح دیگر حقوق تجدیدنظر خود که ممکن است داشته باشید دریافت خواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد دیگر حقوق تجدیدنظر خود به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **نه** باشد و **Medi-Cal** معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش دهد، خودتان می‌توانید تجدیدنظر مرحله 2 خود را درخواست کنید. برای اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.



G. داروهای نسخه دار Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما شامل پوشش برای بسیاری داروهای نسخه دار می شود. بیشتر این موارد داروهای Medicare بخش D هستند. تعداد کمی دارو وجود دارد که Medicare بخش D پوشش نمی دهد ولی Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. این بخش فقط به تجدیدنظرهای داروی های Medicare بخش D مربوط می شود. ما در ادامه این فصل به جای استفاده از "داروی Medicare بخش D" از "دارو" استفاده خواهیم کرد. برای داروهای تحت پوشش Medi-Cal پروسه ذکر شده در بخش E در صفحه 204 را دنبال 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 را سازمان غذا و دارو (FDA) تایید میکند یا مورد حمایت مراجع پزشکی مشخصی است. برای اطلاعات بیشتر در مورد دلیل پذیرفته شده پزشکی به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

G1. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش بخش D از Medicare

در اینجا نمونه هایی از تصمیمات مربوط به پوششی که می توانید از ما درخواست کنید در مورد داروهای Medicare بخش D اتخاذ کنیم، ذکر می شود:

- از ما بخواهید که استثنا قائل شویم از قبیل درخواست از ما در مورد:

- پوشش داروی Medicare بخش D که در فهرست داروی برنامه درمانی ما نیست یا

- درخواست از ما برای صرفنظر کردن از محدودیت برای یک دارو (از قبیل محدودیت های مربوط به مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید)

- از ما سؤال کنید که آیا دارویی برای شما تحت پوشش است (برای مثال، هنگامیکه داروی شما در فهرست دارویی برنامه درمانی وجود دارد ولی قبل از اینکه آنرا برای شما پوشش قرار دهیم باید آن را تایید کنیم).

توجه: اگر داروخانه شما به شما بگوید که نمی تواند نسخه شما را آنطور که هست تامین کند، شما اطلاعاتی از سوی ما دریافت خواهید کرد که نحوه تماس با ما برای درخواست تصمیم مربوط به پوشش را برایتان توضیح می دهد.

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

- از ما درخواست می کنید که هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کردید بپردازیم. این موضوع برای تصمیم در مورد پوشش پرداخت هزینه می باشد.



اگر با تصمیمی که در مورد پوشش گرفتیم موافق نیستید، می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و نحوه درخواست برای درخواست تجدیدنظر به شما ارائه می کند. استفاده از جدول زیر به شما کمک میکند:

شما در کدامیک از این موقعیت ها هستید؟			
به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا می خواهید که از قاعده یا محدودیتی در مورد دارویی که پوشش می دهیم صرفنظر کنیم.	آیا می خواهید دارویی را در فهرست دارویی خود پوشش دهیم و عقیده دارید که هرگونه مقررات یا محدودیت ها برای دارویی که نیاز دارید (از قبیل دریافت پیشاپیش مجوز) را برآورده می کنید.	می خواهید از ما درخواست کنید هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده اید و هزینه آنرا پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کنیم.	به شما گفته ایم که هزینه دارو را به صورتی که می خواهید پوشش داده شده یا پرداخت شود پوشش نداده یا پرداخت نخواهیم کرد.
می توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می باشد.)	می توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید.	می توانید از ما بخواهید که آنرا به شما بازپرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می باشد.)	می توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (بدین معنی که از ما برای تجدیدنظر درخواست می کنید.)
با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش های G3 و G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G5 مراجعه کنید.

G2. استثنای Medicare بخش D:

اگر دارو را به صورتیکه می خواهید تحت پوشش ما نیست، می توانید از ما بخواهید که "استثنا" قائل شویم. اگر درخواست شما برای استثنا را قبول نکنیم، شما می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

هنگامیکه برای استثنا درخواست می کنید، پزشک شما یا تجویز کننده دیگری باید توضیح دهد که به چه دلیل به استثنا نیاز دارید.

درخواست برای پوشش دارویی که در لیست داروی ما نیست یا درخواست حذف محدودیت یک دارو، گاهی اوقات "استثنا نیست دارویی" نامیده می شود.

در اینجا چند نمونه استثنا ذکر می شود که شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگری می توانید از ما بخواهید که قائل شویم:

1. پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست

- اگر قبول کنیم که استثنا قائل شده و دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست پوشش دهیم، شما مبلغ سهمی شدن در هزینه را که به داروهای ردیف 4 مربوط می شوند پرداخت می کنید. داروهای غیر-ترجیحی

- شما نمی توانید استثنایی بابت مبلغ سهم لازم خود برای دارو دریافت کنید.

2. حذف محدودیت یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت های بیشتری در مورد داروهای خاص در لیست داروهای ما اعمال می شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** کتابچه اعضا خود مراجعه کنید).
- مقررات و محدودیت های بیشتر در مورد داروهای خاص شامل موارد زیر می شوند:
 - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند.
 - دریافت تاییدیه ما قبل از اینکه موافقت کنیم که دارو برای شما تحت پوشش خواهد بود. این امر گاهی اوقات "اجازه قبلی" (PA) خوانده می شود.
 - ضرورت استفاده اولیه از داروی دیگر قبل از اینکه موافقت کنیم دارویی که درخواست می کنید را پوشش می دهیم. این امر گاهی اوقات "درمان گام به گام" خوانده می شود.
 - محدودیت مقدار. محدودیت هایی در مورد میزان برخی از داروهایی که می توانید داشته باشید وجود دارد.
- اگر موافقت کنیم که استثنا قائل شده و از محدودیت ها برای شما صرف نظر کنیم، می توانید برای مبلغ سهم لازم پرداختی خود برای دارو تقاضای استثنا کنید.

- ### 3. تغییر پوشش یک دارو به ردیف سهم شدن در هزینه بالاتر یا پایین تر. هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف سهم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هرچه تعداد رده سهم هزینه کمتر باشد، مبلغی که شما باید پرداخت کنید کمتر است.

درخواست برای مبلغ پرداختی کمتر برای یک داروی غیرترجیحی تحت پوشش، گاهی اوقات درخواست «**استثنای رده بندی**» نامیده می شود.

- فهرست دارویی ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای مداوای یک عارضه خاص است. این داروها "ثانوی" خوانده می شوند.
- اگر یک داروی ثانوی برای وضعیت پزشکی شما نسبت به دارویی که مصرف می کنید دارای رده سهم هزینه کمتری است، می توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه داروی ثانوی پوشش دهیم. این کار باعث کاهش مبلغ پرداختی شما برای دارو می شود.
 - اگر دارویی که مصرف می کنید یک محصول بیولوژیکی است، می توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین سطح داروهای ثانوی بیولوژیکی مناسب شرایط شما پوشش دهیم.
 - اگر دارویی که مصرف می کنید یک داروی برند است، می توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین سطح داروهای ثانوی 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 سطح داروهای ثانوی ژنریک مناسب شرایط شما پوشش دهیم.

● شما نمی‌توانید از ما بخواهید که رده سهم هزینه را برای هیچ دارویی در رده 5 تغییر دهیم: داروهای رده تخصصی.

● اگر ما درخواست شما برای استثنای رده را تأیید کنیم و بیش از یک رده کمتر از سهم هزینه با داروهای ثانوی که نمی‌توانید مصرف کنید وجود داشته باشد، معمولاً شما کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید.

G3. نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استثنا دانست

پزشک شما یا تجویز کننده دیگر باید دلایل پزشکی را به ما بگوید.

پزشک شما یا تجویز کننده دیگر باید گزارشی را به ما بدهد که دلایل پزشکی برای درخواست استثنا را توضیح می‌دهد. برای دریافت تصمیم سریع‌تر، اطلاعاتی را از پزشک خود یا تجویز کننده دیگر در هنگام درخواست برای استثنا در جوف قرار دهید.

فهرست دارویی ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای مداوای یک عارضه خاص است. این داروها "ثانوی" خوانده می‌شوند. اگر یک داروی ثانوی اثر همان دارویی را داشته باشد که درخواست می‌کنید و اثرات جانبی یا سایر مشکلات سلامتی را ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای استثنا را تأیید نمی‌کنیم. اگر از ما درخواست استثناء رده بکنید، ما معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی‌کنیم، مگر اینکه همه داروهای ثانوی در رده(های) سهم هزینه کمتر به این صورت اثر برای شما نکنند 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 استثنا پاسخ مثبت بدهیم، استثنا معمولاً تا آخر سال تقویمی ادامه پیدا می‌کند. این موضوع تا زمانیکه 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 بگوییم، 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 درخواست کنید که شامل استثنا می‌شود.

G4. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش از جمله درخواست استثنا

● برای نوع تصمیم پوشش مورد نظر خود با تماس با (TTY: 711) 1-800-452-4413 یا به صورت کتبی یا ارسال فکس از ما درخواست کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویز کننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. 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** خود مراجعه کنید.
- اگر برای یک استثنای درخواست میکنید یک "گزارش تکمیلی" به ما بدهید. گزارش تکمیلی شامل دلایل پزشکی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر برای استثنای دارویی است.
- پزشک شما یا تجویز کننده دیگر می توانند این گزارش تکمیلی را برای ما فکس یا ارسال کنند. ایشان همچنین می توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس گزارش را فکس یا پست کنند.
- شما می توانید درخواست های تخصیص پوشش را به صورت الکترونیکی از طریق یک پورتال امن اعضا در آدرس زیر ارسال کنید:

https://www.blueshieldca.com/bzca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions

- فرم اعضا را انتخاب کنید
- درخواست تخصیص پوشش را بصورت آنلاین شروع کنید
- می توانید فرآیند را برای دریافت مجوز قبلی یا استثناء شروع کنید.

اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از ما درخواست کنید که به شما یک "تصمیم مربوط به پوشش سریع" بدهیم.

ما از "مهلت های استاندارد" استفاده می کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از "مهلت های سریع" استفاده کنیم.

- **تصمیم مربوط به پوشش متعارف** بدین معنی می باشد که ظرف 72 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.
- **تصمیم مربوط به پوشش سریع** بدین معنی می باشد که ظرف 24 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.

"تصمیم مربوط به پوشش سریع" را "تصمیم مربوط به پوشش تسریع شده" می گویند.

- می توانید یک تصمیم مربوط به پوشش سریع دریافت کنید اگر که:
- برای دارویی باشد که شما دریافت نکرده اید. شما نمی توانید یک تصمیم مربوط به پوشش سریع را در صورتی دریافت کنید که از ما برای بازپرداخت هزینه دارویی درخواست می کنید که قبلاً خریداری کرده اید.
- اگر از مهلت های متعارف استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما به طور جدی آسیب ببیند.



- اگر پزشک شما یا تجویز کننده دیگر به ما بگوید که وضعیت سلامتی شما به یک تصمیم مربوط به پوشش سریع نیازمند است، ما قبول می‌کنیم و به شما ارایه می‌دهیم. ما نامه‌ای برای ارسال کرده تا شما را در جریان قرار دهد.
- اگر بدون حمایت پزشک خود یا تجویز کننده دیگری برای تصمیم مربوط به پوشش سریع درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم مربوط به پوشش سریع را دریافت می‌کنید.
 - اگر تصمیم بگیریم که عارضه پزشکی شما شرایط تصمیم مربوط به پوشش سریع را برآورده نمی‌کند، در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
 - ما نامه‌ای برای ارسال کرده تا شما را در جریان قرار دهد. این نامه نحوه ارائه شکایت در مورد تصمیم ما را به آگاهی شما خواهد رسانید.
 - می‌توانید یک شکایت سریع را تسلیم کرده و تصمیمی را ظرف 24 ساعت دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ایجاد شکایات از جمله شکایات فوری به بخش K مراجعه کنید.

مهلت‌های درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش سریع

- زمانی که از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما بدهیم. اگر برای استثنای درخواست کنید، ما ظرف 24 ساعت بعد از دریافت گزارش تکمیلی دکتر شما به آن پاسخ خواهیم داد. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، 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 پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما پله باشد، 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 به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما اطلاع می‌دهد که می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت‌های درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش متعارف در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده اید

- زمانی که از مهلت‌های متعارف استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما بدهیم. اگر برای استثنای درخواست کنید، ما ظرف 72 ساعت بعد از دریافت گزارش تکمیلی دکتر شما به آن پاسخ خواهیم داد. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، 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 پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما پله باشد، ما ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا گزارش تکمیلی پزشک یا تجویز کننده شما برای استثنای پوشش را در اختیار شما قرار دهیم.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما اطلاع می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.



مهلت های درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش متعارف در مورد دارویی که هنوز خریده اید

- 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 پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما پله باشد، ما ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می کنیم.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، نامه ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما اطلاع میدهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

G5. درخواست یک تجدیدنظر مرحله 1

درخواست تجدیدنظر به برنامه درمانی در مورد تصمیم مربوط به پوشش داروی Medicare بخش D "تشخیص مجدد" برنامه درمانی نامیده می شود.

- تجدیدنظر استاندارد یا سریع خود را با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته، یا از طریق کتبی یا ارسال فکس به ما، را ارائه دهید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویز کننده دیگر) می توانید این کار را بکنید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را وارد کنید.
- شما باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ بر روی نامه ای که برای آگاه سازی شما از تصمیمان ارسال می داریم 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. مثالهای از دلایل مناسب مانند این موارد است که شما به بیماری و خیمی مبتلا بودید یا ما اطلاعاتی اشتباه در مورد مهلت به شما داده باشیم. در زمان درخواست تجدیدنظر خود دلیل تاخیر 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 می توانید اطلاعات بیشتری را در حمایت از تجدیدنظر خود به ما بدهید.

اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، برای "تجدیدنظر سریع" درخواست کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع "تشخیص مجدد تسریع شده" نیز نامیده می شود.

- اگر به خاطر تصمیم ما در مورد دارویی که دریافت نکرده اید درخواست تجدیدنظر می کنید، شما و پزشک شما یا تجویز کننده دیگر لازم است که تصمیم بگیرید آیا به "تجدیدنظر سریع" نیاز خواهید داشت.
- شرایط "تجدیدنظر سریع" همان شرایط "تصمیم مربوط به پوشش سریع" می باشند. 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 به همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما 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.
- ممکن است با شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگر 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 از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، 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 فرآیند تجدیدنظر مرحله **2** به بخش **G6** مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد، باید پوششی را که موافقت کردیم ارائه دهیم ظرف **72 ساعت** بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.

مهلت‌های تجدیدنظر متعارف در مرحله 1

- اگر ما از مهلت‌های متعارف استفاده کنیم باید ظرف **مدت 7 روز تقویمی** بعد از اینکه درخواست تجدیدنظر شما را برای دارویی که دریافت نکردید، دریافت کردیم پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر دارو را دریافت نکرده باشید و برای وضعیت سلامتی شما لازم باشد، تصمیم خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد. اگر فکر می‌کنید برای وضعیت سلامتی شما لازم است برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.
 - اگر تصمیمی را ظرف **7 روز تقویمی** به شما 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 فرآیند تجدیدنظر مرحله **2** به بخش **G6** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما **پله** باشد:

- باید پوششی را که توافق کردیم به شما بدهیم طبق ضرورت سلامت شما فوراً به شما بدهیم ولی نباید بیشتر از **7 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما باشد.



- ما باید هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را **ظرف 30 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما بازپرداخت کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما **خیر** باشد:
 - نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.
 - ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که تهیه کرده اید **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 فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما **بله** باشد، ما ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب **خیر** بدهیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.

G6. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2

اگر پاسخ ما به تجدیدنظر مرحله 1 شما **خیر** باشد، سپس می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا این تصمیم را قبول کنید یا تجدیدنظر دیگری را درخواست کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، از فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 استفاده کنید. **IRO** هنگامی که به اولین درخواست تجدیدنظر شما **نه** گفته باشیم تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی "سازمان بررسی مستقل (IRO) Independent Review Organization" 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 کنید.
- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **نه** بگوییم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی** درباره نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 با 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.
 - هنگامی که شما به IRO درخواست تجدیدنظر می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات "فایل پرونده" شما نامیده می‌شود. **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.



IRO درخواست تجدیدنظر مرحله 2 Medicare بخش D را بررسی می کند و به صورت کتبی بیه شما پاسخ می دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد IRO به بخش F4 مراجعه کنید.

مهلت های تجدیدنظر سریع در مرحله 2

اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، 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 پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد، باید پوشش دارویی را که تایید کردیم ظرف 24 ساعت بعد از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.

مهلت های تجدیدنظر متعارف در مرحله 2

اگر یک تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2 دارید، IRO باید پاسخ خود را به روشهای زیر دهد:

- ظرف مدت 7 روز تقویمی بعد از اینکه درخواست تجدیدنظر شما را برای دارویی که دریافت نکردید، دریافت کردند.
- ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای بازپرداخت دارویی که تهیه کردید.

اگر پاسخ IRO به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما بله باشد:

- 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 کرده اید ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ خیر بدهد، بدین معنی است که با تصمیم ما در عدم تصویب درخواست شما موافق هستند. این "تصمیم عدم تایید" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" خوانده می شود.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما نه بگوید، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می کنید حداقل ارزش دلاری را برآورد کند، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می دهید کمتر از حداقل لازم باشد، نمی توانید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر مرحله 2 نهایی است. IRO نامه ای برای شما ارسال می کند که شما را در جریان حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر سطح 3 را به قرار می دهد.

اگر ارزش دلاری درخواست شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می کنید که آیا می خواهید به درخواست تجدید نظر خود ادامه دهید.

- در روال تجدیدنظر سه مرحله اضافی مختلف بعد از مرحله 2 وجود دارد.
- اگر IRO به تجدیدنظر مرحله 2 شما حواب متفی دهد و شما شرایط ادامه دادن روال تجدیدنظر را برآورده کنید، شما:



- تصمیم میگیرید که میخواهید درخواست تجدیدنظر مرحله 3 کنید.
 - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 3 به نامه ای که IRO برای شما ارسال کرده مراجعه می کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان

هنگامیکه در بیمارستان پذیرفته می شوید، 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 ما، به فصل 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

پزشک شما و پرسنل بیمارستان در طول اقامت پوشش داده شده شما در بیمارستان با شما همکاری کرده تا برای هنگامیکه بیمارستان را ترک خواهید کرد آماده شوید. همچنین کمک می کنند تا ترتیب هرگونه مراقبتی که بعد از ترک نیاز داشته باشید داده شود.

- روزی که بیمارستان را ترک می کنید "روز ترخیص" خوانده می شود.
- پزشک شما یا پرسنل بیمارستان تاریخ ترخیص را به شما خواهند گفت.

اگر فکر می کنید خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت خود پس از ترک بیمارستان هستید، می توانید درخواست اقامت طولانی تری در بیمارستان کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می گوید.

علیرغم درخواست‌های تجدیدنظر مورد بحث در این بخش H، شما همچنین می‌توانید شکایتی را به DMHC ارسال کنید و از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل برای ادامه اقامت خود در بیمارستان کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به بخش F4 در صفحه 213 مراجعه کنید. علاوه بر و در عوض تجدیدنظر مرحله 3 شما همچنین می‌توانید برای یک بازبینی مستقل Medical با درخواست دهید.

H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما

ظرف دو روز بعد از پذیرفته شدن در بیمارستان، شخصی مانند مسئول پرونده یا پرستار به شما اعلامیه ای کتبی به نام پیامی مهم از سوی Medicare در مورد حقوق شما خواهد داد. همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می شوند، یک کپی از این اعلامیه دریافت می کنند.

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 مشتری تماس بگیرید. در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته نیز می توانید با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE 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 نمی شوید سؤال کنید. این پیام حقوقتان را به عنوان بیماری بستری در بیمارستان به شما ارائه می کند، از جمله:



- حق شما در دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات، چه نهادی هزینه آنها را پرداخت می کند و از کجا می توانید آنها را دریافت کنید.
- مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی خود اتخاذ می کنید.
- آگاهی از اینکه هرگونه نگرانی هایی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
- درخواست تجدیدنظر اگر فکر می کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده اید.
- امضاء کردن اعلامیه Medicare که نشان می دهد آنرا درک کرده و با حقوق خود آشنایی دارید.
 - شما یا شخصی که از جانب شما اقدام می کند می توانید اعلامیه را امضا کنید.
 - امضای اعلامیه فقط نشان می دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده اید. امضای این اعلامیه بدین معنی نیست که شما با تاریخ ترخیصی که ممکن است پزشک شما یا پرسنل بیمارستان به شما گفته باشند موافق هستید.
 - 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 می کنید، اعلامیه را امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر دریافت خواهید کرد.
- می توانید نسخه ای از این اعلامیه را از قبل مشاهده کنید اگر که:
 - از طریق شماره های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید
 - در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته 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/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مراجعه کنید.

H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

اگر می خواهید خدمات بیماران بستری شما را برای مدت طولانی تری پوشش دهیم، برای تجدیدنظر درخواست کنید. سازمان بهبود کیفیت مرحله 1 تجدیدنظر شما را بررسی خواهد کرد تا ببیند که آیا تاریخ ترخیص تعیین شده از لحاظ پزشکی برای شما مناسب است.

QIO گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی می باشد که تحت استخدام دولت فدرال هستند. این کارشناسان برای افراد دارای Medicare کیفیت را بررسی و به بهبود آن کمک می کنند. ایشان متخصصین بخشی از برنامه درمانی ما نمی باشند.



در کالیفرنیا، QIO لیوانتا (Livanta) است. همچنین می‌توانید با آنها از طریق شماره 887-6668 (TTY: 855) 887-6668 تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه، "پیام مهم Medicare درباره حقوق شما" و در فصل 2 آمده 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 بدون اینکه برای آن هزینه ای پرداخت کنید، بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما در بیمارستان اقامت کنید.
- اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما در بیمارستان اقامت کنید، ممکن است لازم باشد همه هزینه های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما پرداخت کنید.
- اگر مهلت برای تماس با QIO در مورد تجدیدنظر شما سپری شود، می‌توانید مستقیماً به برنامه درمانی ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر به بخش **Section G4** مراجعه کنید.
- از آنجایی که اقامت در بیمارستان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است، اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما را برای ادامه اقامت در بیمارستان توجه نکند یا فکر کنید که وضعیت شما فوری است، تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند، یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید شکایتی را برای بررسی پزشکی مستقل از اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ شده کالیفرنیا (DMHC) ارسال کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به بخش F4 در صفحه 213 مراجعه کنید.

در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر هر وقت سؤالی دارید یا به کمک نیاز دارید:

- از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید
- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program,) (HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

درخواست برای بررسی سریع فوری اقدام کنید و با QIO تماس گرفته و برای بررسی سریع ترخیص بیمارستان خود درخواست کنید.

عبارت حقوقی برای "بررسی سریع"، "بررسی فوری" یا "بررسی تسریع شده" می‌باشد.

آنچه در طول بررسی سریع اتفاق می‌افتد

- بررسی کنندگان 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 گزارش ندارید، اما می‌توانید.
- بررسی کنندگان به پرونده های پزشکی شما توجه کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما به آنها داده است را بررسی کنند.



- تا ظهر روز بعد از اینکه بررسی کنندگان نتیجه تجدیدنظر شما را به ما می گویند، نامه ای را دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین شده را به شما می دهد. این نامه دلایلی که پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می کنیم که ترخیص در آن روز برای شما از نظر پزشکی مناسب است را توضیح می دهد.

عبارت حقوقی برای این توضیح کتبی "**اعلامیه مشروح ترخیص**" می باشد. شما می توانید توسط تماس با خدمات اعضا به شماره در انتهای صفحه یک نمونه دریافت کنید. همچنین می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با 1-877-486-2048 تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. همچنین می توانید به یک نمونه اعلامیه آنلاین www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، QIO پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می دهد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما **پله** بگوید:

- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بیمارستان بستری تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- آنها معتقدند تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده 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 می یابد.
- اممکن است لازم باشد که هزینه کامل مراقبت بیمارستانی را از بعد از ظهر روز بعد از ارائه پاسخ QIO به شما، بپردازید.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد و شما پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود در بیمارستان ماندید، می توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه بدهید.

H3. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO بخواهید دوباره به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته اند را بررسی کنند. همچنین می توانید با آنها از طریق شماره (855) 887-6668 [TTY: (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 **نه** گفت، درخواست کنید. **تنها** در صورتی می توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده در بیمارستان اقامت کنید.

بررسی کنندگان QIO:

- به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه 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 می خواهند گفت.
 - اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:
 - ما باید از ظهر روز بعد از روزی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی را به شما پس دهیم.
 - تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بیمارستان بستری تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.
 - اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:
 - آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی دهند.
 - آنها نامه ای به شما می دهند که به شما می گوید اگر می خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر مرحله 3 دهید، چه کاری می توانید انجام دهید.
 - همچنین می توانید برای ادامه اقامت خود در بیمارستان شکایتی را به DMHC ارسال کنید یا از DMHC یک بررسی پزشکی مستقل بخواهید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به بخش E4 در صفحه 203 مراجعه کنید.
 - یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.
- H4. درخواست یک تجدیدنظر ثانوی مرحله 1**
- مهلت تماس با QIO برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از بیمارستان است. اگر مهلت درخواست تجدیدنظر سطح 1 را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند «درخواست تجدیدنظر ثانوی» استفاده کنید.
 - با شماره های پایین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید و از ما بخواهید برای "بازبینی سریع" تاریخ ترخیص از بیمارستان خود درخواست کنید.

عبارت حقوقی برای "بررسی سریع" یا "تجدیدنظر سریع"، "تجدیدنظر سریع شده" می باشد.

- ما به همه اطلاعات مربوط به اقامت شما در بیمارستان توجه خواهیم کرد.
- ما بررسی می کنیم که تصمیم اول منصفانه بوده و از قوانین پیروی شده است.
- ما از کلهت های سریع به جای مهلت های استاندارد استفاده می کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بررسی سریع به شما می دهیم.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر سریع شما پله باشد:

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



- ما موافقیم که شما باید بعد از تاریخ ترخیص در بیمارستان بمانید.
 - تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بیمارستان بستری تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.
 - ما بابت سهم خود از هزینه‌های درمانی که بعد از زمانی که گفتیم پوشش شما به پایان رسیده دریافت کرده‌ایم، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر سریع شما خیر باشد:

- ما موافقت می‌کنیم که تاریخ ترخیص تعیین شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- پوشش ما برای خدمات بیمارستان بستری شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- پس از این تاریخ هیچ سهمی از هزینه‌ها را پرداخت نمی‌کنیم.
- اگر همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل مراقبت‌های بیمارستانی را که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کرده‌اید، بپردازید.
- ما درخواست تجدیدنظر شما را به IRO ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.

H5. درخواست یک تجدیدنظر ثانوی مرحله 2

- ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از پاسخ منفی به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما به IRO ارسال می‌کنیم. ما این کار را به صورت خودکار انجام می‌دهیم. شما لازم نیست کاری بکنید.
- اگر فکر می‌کنید که ما این مهلت یا هر مهلت دیگری را رعایت نکردیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات در مورد شکایات به بخش K مراجعه کنید.
- IRO یک بررسی سریع از تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما بله بگوید:

- ما بابت سهم خود از هزینه‌های درمانی که بعد از زمانی که گفتیم پوشش شما به پایان رسیده دریافت کرده‌ایم، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بیمارستان بستری تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:

- آنها موافقت می‌کنند که تاریخ ترخیص تعیین شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.



- آنها نامه ای به شما می دهند که به شما می گوید اگر می خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر مرحله 3 بدهید، چه کاری می توانید انجام دهید.

یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

همچنین می توانید برای ادامه اقامت در بیمارستان شکایتی را به DMHC ارسال کنید و از DMHC یک بررسی پزشکی مستقل بخواهید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به بخش F4 در صفحه 209 مراجعه کنید. علاوه بر و در عوض تجدیدنظر مرحله 3 شما همچنین می توانید برای یک بازبینی مستقل Medical با درخواست دهید.

A. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی مشخص

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
- مراقبت توانبخشی به عنوان یک بیمار سرپایی در CORF مورد تأیید Medicare. این معمولاً به این معنی است که شما در حال درمان برای یک بیماری یا سانحه هستید یا در حال بهبودی پس از یک عمل جراحی عمده هستید.

با هر کدام از این سه نوع خدمات، شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را تا زمانیکه پزشک بگوید به آن نیاز دارید دریافت کنید.

هنگامیکه تصمیم بگیریم که به پوشش هر یک از این مراقبت ها خاتمه دهیم، بایستی قبل از خاتمه خدمات به شما بگوییم. هنگامی که پوشش شما برای آن سرویس به پایان می رسد، ما هزینه آن را پرداخت نمی کنیم.

اگر فکر می کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می دهیم، می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می گوید.

11. اطلاع رسانی پیش از پایان پوشش خود

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می کنیم که حداقل دو روز قبل از اینکه هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم آن را دریافت خواهید کرد. این "اعلامیه عدم پوشش Medicare" نامیده می شود. این اخطاریه به شما می گوید که چه زمانی پوشش مراقبت از شما را متوقف خواهیم کرد و چگونه به تصمیم ما اعتراض کنید.

شما یا نماینده شما باید اعلامیه را امضاء کنید تا نشان دهید که آنرا دریافت کرده اید. امضای اعلامیه فقط نشان می دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده اید. امضا به این معنی نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

12. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

اگر فکر می کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می دهیم، می توانید 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 می دهد.



- **مهلت ها را رعایت کنید.** مهلت ها اهمیت دارند. متوجه مهلت هایی مربوط به کارهایی که باید انجام دهید باشید و از آنها پیروی کنید. برنامه ما نیز باید از مهلت ها پیروی کند. اگر فکر می کنید که مهلت های مان را رعایت نمی کنیم، می توانید 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 دارید یا به کمک نیاز دارید:
 - از طریق شماره های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید
 - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- **با QIO تماس بگیرید.**
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها به **بخش H2** یا به **فصل 2** از کتاب راهنمای 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 عمل کنید و برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.** از QIO پرسید 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 با QIO تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در "اعلامیه عدم پوشش Medicare" که برای شما ارسال کردیم، شروع شود.
- اگر مهلت تماس با QIO را از دست دادید، می توانید درخواست تجدیدنظر خود را مستقیماً به ما ارسال کنید. برای جزئیات در مورد نحوه انجام این کار، به **بخش I4** مراجعه کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات بهداشتی و درمانی متوجه درخواست شما نشود یا فکر می کنید که وضعیت شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می کند یا اگر درد شدیدی دارید، می توانید شکایت کنید و از وزارت مراقبت های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) یک بررسی پزشکی مستقل بخواهید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به بخش F4 در صفحه 213 مراجعه کنید.

عبارت حقوقی برای اعلامیه کتبی "اعلامیه عدم پوشش Medicare" می باشد. برای دریافت نمونه، با شماره های پایین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید یا با شماره 24، (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک نسخه آنلاین در www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices دریافت کنید.



آنچه در طول درخواست تجدیدنظر سریع اتفاق می‌افتد

- بررسی کنندگان QIO از شما یا نماینده شما می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید ادامه یابد. شما نیازی به نوشتن گزارش ندارید، اما می‌توانید.
- بررسی کنندگان به پرونده های پزشکی شما توجه کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که طرح ما به آنها داده است را بررسی کنند.
- 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 اخطار را تا پایان روز دریافت می‌کنید که بررسی کنندگان از درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند.

عبارت حقوقی برای توضیح اعلامیه "توضیح مشروح عدم پوشش" می‌باشد.

- بررسی کنندگان تصمیم خود را ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما اعلام می‌کنند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:

- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:

- پوشش ما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم به ادامه مراقبت های بهداشتی در منزل، مراقبت از 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 تجدید نظر سطح 2 ارائه دهید.

13. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO بخواهید دوباره به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند را بررسی کنند. همچنین می‌توانید با آنها از طریق 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 نه گفت، 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:

- به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه 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 می خواهند گفت.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:
- ما بابت سهم خود از هزینه‌های درمانی که بعد از زمانی که گفتیم پوشش شما به پایان رسیده دریافت کرده‌ایم، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- ما به پوشش برای مراقبت تا زمانیکه از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه می‌دهیم.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:
- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه ای به شما می دهند که به شما می گوید اگر می خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر مرحله 3 دهید، چه کاری می توانید انجام دهید.
- شما می توانید شکایتی را با DMHC درخواست کنید تا یک بررسی پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات مراقبت های بهداشتی شما انجام دهند. لطفاً به بخش F4 در صفحه 213 مراجعه کنید تا از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی را مطلع شوید. می‌توانید شکایتی را در همراه با یا به جای درخواست تجدیدنظر سطح 3، با DMHC تنظیم کنید و یک بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

14. درخواست یک تجدیدنظر ثانوی مرحله 1

- همانطور که در بخش 12 توضیح داده شد، باید سریع اقدام کنید و با QIO تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را شروع کنید. اگر مهلت را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند «درخواست تجدیدنظر ثانوی» استفاده کنید.
- با شماره های پایین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید و از ما بخواهید برای "بازبینی سریع" درخواست کنید.

عبارت حقوقی برای "بررسی سریع" یا "تجدیدنظر سریع" "تجدیدنظر تسریع شده" می باشد.

- ما به همه اطلاعات مربوط به پرونده شما توجه خواهیم کرد.
 - زمانی که تاریخ پایان پوشش خدمات شما را تعیین کردیم، بررسی می‌کنیم که اولین تصمیم منصفانه بوده و از قوانین پیروی می‌کند.
 - ما از کهنلت های سریع به جای مهلت های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بررسی سریع به شما می‌دهیم.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر سریع شما پله باشد:



- ما موافقیم که شما به خدمات بیشتری نیاز دارید.
- تازمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.
- ما بابت سهم خود از هزینه‌های درمانی که بعد از زمانی که گفتیم پوشش شما به پایان رسیده دریافت کرده‌ایم، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر سریع شما خیر باشد:
 - پوشش ما برای این خدمات در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
 - پس از این تاریخ هیچ سهمی از هزینه‌ها را پرداخت نمی‌کنیم.
 - اگر پس از تاریخی که به شما گفته بودیم پوشش ما به پایان می‌رسد، به دریافت آنها ادامه دهید، هزینه کامل این خدمات را می‌پردازید.
 - ما درخواست تجدیدنظر شما را به IRO ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.

15. درخواست یک تجدیدنظر ثانوی مرحله 2

در طول تجدیدنظر مرحله 2:

- ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از پاسخ منفی به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما به IRO ارسال می‌کنیم. ما این کار را به صورت خودکار انجام می‌دهیم. شما لازم نیست کاری بکنید.
 - اگر فکر می‌کنید که ما این مهلت یا هر مهلت دیگری را رعایت نکردیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات در مورد شکایات به بخش K مراجعه کنید.
 - IRO یک بررسی سریع از تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما بله بگوید:
- ما بابت سهم خود از هزینه‌های درمانی که بعد از زمانی که گفتیم پوشش شما به پایان رسیده دریافت کرده‌ایم، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
 - تازمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بیمارستان بستری تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:
- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.



- آنها نامه ای به شما می دهند که به شما می گوید اگر می خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر مرحله 3 دهید، چه کاری می توانید انجام دهید.
 - همچنین می توانید برای ادامه پوشش خدمات مراقبت های بهداشتی خود، شکایتی را به DMHC ارسال کنید و از DMHC یک بررسی پزشکی مستقل بخواهید. لطفاً به بخش F4 در صفحه 213 مراجعه کنید تا از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی را مطلع شوید. می توانید شکایتی را همراه با یا به جای درخواست تجدیدنظر سطح 3 تنظیم کنید و یک بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. 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 اقلام Medicare

اگر تجدیدنظر مرحله 1 و تجدیدنظر مرحله 2 را برای خدمات و اقلام Medicare درخواست کرده اید و هر دو تجدیدنظر پذیرفته نشده اند، ممکن است برای مراحل بعدی تجدیدنظر واجد شرایط باشید.

اگر ارزش دلاری خدمات Medicare یا موردی که درخواست کرده اید با حداقل مبلغ دلاری مطابقت نداشته باشد، دیگر نمی توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر ارزش دلار به اندازه کافی بالا باشد، می توانید روند تجدید نظر را ادامه دهید. نامه ای که از IRO برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدید نظر سطح 3 را ارایه کنید.

تجدیدنظر مرحله 3

مرحله 3 فرآیند تجدیدنظر یک دادرسی ALJ است. شخصی که تصمیم می گیرد یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل پاسخ مثبت به درخواست تجدیدنظر شما داد 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 همراه برای شما ارسال می کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 باشیم.
- اگر تصمیم به **عدم تجدیدنظر** گرفتیم باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا قاضی وکیل، اجازه این خدمات را به شما دهیم یا خدمات را ارائه کنیم.
- اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر تصمیم به **پذیرفتن** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند بگیرید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.



- اگر تصمیم به **عدم پذیرفتن** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بگیرید، می‌توانید تا مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای 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. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما جواب مثبت دهد یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شماست رد کند، ما حق تجدید نظر تا مرحله 5 را داریم.

- اگر تصمیم گرفتیم به این تصمیم اعتراض کنیم، کتباً 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 تصمیم به **پذیرفتن** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بگیرید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم دارید به **عدم پذیرش** تصمیمی که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند دارید، ممکن است بتوانید تا مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید تا مرحله تجدیدنظر سطح 5 ادامه دهید و 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.

J2. دیگر تجدیدنظرهای Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، حق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدید نظر 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 جویای بررسی توسط قاضی شوید.

برای درخواست دادرسی مجدد یک درخواست (نامه) را به نشانی زیر ارسال کنید:

The Rehearing Unit
P Street, MS 19-37 744
Sacramento, CA 95814



این نامه باید ظرف 30 روز پس از دریافت تصمیم خود ارسال شود. اگر دلیل خوبی برای تأخیر دارید، این مهلت تا 180 روز قابل تمدید است.

در درخواست خود برای دادرسی مجدد، تاریخی که تصمیم خود را دریافت کردید و دلیل اینکه دادرسی مجدد بایستی تصویب شود را ذکر کنید. اگر می خواهید مدارک دیگری را ارائه کنید، مدارک اضافی را توصیف کرده و توضیح دهید که به چه دلیل قبلاً ارائه نشدند و در تصمیم چه تغییری ایجاد خواهند کرد. می توانید برای دریافت کمک با خدمت حقوقی تماس بگیرید.

برای درخواست بررسی توسط قاضی باید دادخواستی را به دادگاه عالی (تحت قانون روال مدنی بخش 1094.5) ظرف یک سال از تاریخ دریافت تصمیم خود تسلیم کنید. دادخواست خود را به دادگاه عالی برای کانتی که در تصمیم شما قید شده تسلیم کنید. شما می توانید این دادخواست را بدون درخواست برای دادرسی مجدد تسلیم کنید. دستمزدی برای تسلیم دادخواست لازم نیست. ممکن است برای دستمزد و هزینه های قابل قبول برای وکیل واجد شرایط باشید در صورتیکه دادگاه تصمیم نهایی خود را به نفع شما صادر کند. اگر دادرسی برگزار شد و شما با تصمیم اتخاذ شده در دادرسی مجدد موافق نیستید، می توانید جویای بررسی توسط قاضی شوید ولی نمی توانید دوباره برای بررسی مجدد درخواست کنید.

J3. مراحل تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست های دارویی Medicare بخش D

اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 1 و 2 را ارائه کرده باشید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده باشد، ممکن است این بخش 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 به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 خود دریافت می کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدید نظر مرحله 3 را انجام دهید.

تجدیدنظر مرحله 3

مرحله 3 فرآیند تجدیدنظر یک دادرسی ALJ است. شخصی که تصمیم می گیرد یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- روال درخواست تجدیدنظر پایان یافته است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) 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 به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر تصمیم به **پذیرفتن** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند بگیرید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم به **عدم پذیرفتن** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند بگیرید، می توانید تا مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.



تجدیدنظر مرحله 4

شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می کند و به شما پاسخ می دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- روال درخواست تجدیدنظر پایان یافته است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) 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 **نه** بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر تصمیم به **پذیرفتن** این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند بگیرید، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم دارید به **عدم پذیرش** تصمیمی که درخواست تجدیدنظر شما را رد می کند دارید، ممکن است بتوانید تا مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که آیا می توانید تا مرحله تجدیدنظر سطح 5 ادامه دهید و چه کاری باید انجام دهید.

تجدیدنظر مرحله 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر و همه اطلاعات شما را بررسی می کند و جواب **مثبت** یا **منفی** می دهد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

K. نحوه تسلیم شکایت**K1. شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد**

روال شکایت تنها برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می شود، از قبیل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات مشتری. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که توسط روال شکایت رسیدگی می شوند ذکر می شود:

مثال	شکایت
• شما از کیفیت مراقبت ناراضی هستید، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید.	کیفیت مراقبت پزشکی شما
• شما فکر می کنید که شخصی به حقوق شما برای رازداری احترام نگذاشته یا اطلاعاتی را در مورد شما در میان گذاشته که محرمانه است.	احترام به حریم خصوصی شما

مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> ارائه کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند. کارکنان ما با شما بد رفتار کردند. فکر می کنید که دارند شما را از برنامه درمانی ما بیرون می کنند. 	بی احترامی، خدمات کم کیفیت به مشتری، یا سایر رفتارهای منفی
<ul style="list-style-type: none"> شما نمی توانید به طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه کننده دسترسی پیدا کنید. پزشک یا ارائه دهنده شما مترجمی برای زبان شما که انگلیسی نیست (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) ارائه نمی دهد. ارائه دهنده شما سایر تسهیلات منطقی مورد نیاز و درخواست را به شما نمی دهد. 	دسترسی و امداد زبانی
<ul style="list-style-type: none"> شما در گرفتن وقت ویزیت با مشکلاتی مواجه هستید یا برای گرفتن آن زیادی منتظر می شوید. پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات مشتری یا سایر کارکنان برنامه شما را برای مدت طولانی منتظر می گذارند. 	زمان انتظار
<ul style="list-style-type: none"> فکر می کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست. 	پاکیزگی
<ul style="list-style-type: none"> فکر می کنید که در ارائه اعلامیه یا نامه ای که باید دریافت می کردید قصور کرده ایم. فکر می کنید که درک اطلاعات کتبی که برای شما ارسال کردیم بسیار مشکل است. 	اطلاعاتی که از ما دریافت می کنید
<ul style="list-style-type: none"> عقیده دارید که اجازه می دهیم مهلت هایمان برای اتخاذ تصمیم مربوط به پوشش یا پاسخگویی به تجدیدنظر سیری شوند. عقیده دارید که پس از اتخاذ تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، ما اجازه می دهیم که مهلت های تصویب یا ارائه خدمات به شما یا بازپرداخت خدمات پزشکی خاص به شما سیری شوند. شما عقیده ندارید که ما پرونده شما را به موقع به IRO فرستادیم. 	سر وقت بودن اقدامات مربوط به تصمیمات یا تجدیدنظرهای پوششی

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما می توانید یک شکایت داخلی و یا یک شکایت خارجی داشته باشید. یک شکایت داخلی به همراه برنامه ما ثبت و بررسی می شود. یک شکایت خارجی با سازمانی غیروابسته به برنامه ما ثبت و بررسی

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



می شود. اگر برای شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، می توانید با خدمات مشتری با شماره
1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.

عبارت حقوقی برای "شکایت" "نارضایتی" است.

عبارت حقوقی برای "تنظیم شکایت" "تسلیم نارضایتی" است.

K2. شکایات داخلی

برای تنظیم شکایت داخلی با خدمات مشتری با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. شما می توانید در هر زمانی شکایت کنید، مگر اینکه در مورد داروی Medicare Part D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی Medicare Part D است، باید آن را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از بروز مشکلی که می‌خواهید از آن شکایت کنید، مطرح کنید.

- اگر کار دیگری وجود دارد که لازم است انجام دهید، خدمات مشتری به شما خواهد گفت.
- می توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما ارسال دارید. اگر شکایت خود را به صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما کتباً پاسخ خواهیم داد.
- در اینجا نحوه عملکرد آن آمده است:

• گام 1: تسلیم نارضایتی

- برای شروع فرآیند، ظرف 60 روز تقویمی پس از رویداد با یک نماینده خدمات مشتری تماس بگیرید و درخواست کنید شکایت شما را ثبت کنند. همچنین می توانید شکایت خود را به صورت کتبی ظرف 60 روز پس از رویداد با ارسال آن به آدرس زیر ثبت کنید:

Blue Shield TotalDual Plan Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856
فکس: (916) 6510-350

- در صورت ارتباط با ما از طریق فکس یا از طریق پست، لطفاً برای درخواست فرم Blue Shield TotalDual Plan Appeals & Grievance Form با ما تماس بگیرید. ما نامه ای برای شما ارسال می کنیم و به شما اطلاع می دهیم که اخطار نگرانی شما را ظرف 5 روز تقویمی دریافت کرده ایم و نام شخصی را که روی آن کار می کند به شما می دهیم. ما معمولاً آن را ظرف 30 روز تقویمی حل و فصل خواهیم کرد.
- اگر به دلیل اینکه تصمیم گرفتیم امکان «تصمیم سریع» یا «تجدیدنظر سریع» را به شما ندهیم، درخواست «شکایت سریع» بکنید، درخواست شما را به یک مدیر پزشکی که در تصمیم اولیه ما دخیل نبوده، ارسال می کنیم. 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 می کند و تصمیم می گیرد که آیا تصمیم اولیه ما مناسب بوده است یا خیر. ما ظرف 24 ساعت پس از درخواست شما برای «شکایت سریع» نامه

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY:711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



ای حاوی تصمیم خود برای شما ارسال خواهیم کرد. ما باید شکایت شما را به همان سرعتی که پرونده شما نیاز دارد بر اساس وضعیت سلامتی شما رسیدگی کنیم، اما حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت شکایت شما.

• مرحله 2: رسیدگی به شکایات

- اگر از حل و فصل شکایت خود در رابطه با کیفیت مراقبت راضی نیستید، می‌توانید برای رسیدگی به شکایات Blue Shield Medicare Appeals & Grievances Department درخواست کتبی 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 که شامل یک پزشک غیردرگیر و نماینده ای از بخش تجدیدنظر و حل و فصل شکایات است دعوت می‌شود. می‌توانید شخصاً یا از طریق کنفرانس تلفنی شرکت کنید. پس از جلسه، نامه راه حل نهایی را برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر از حل و فصل شکایت خود که شامل کیفیت مراقبت نمی‌شود، مانند زمان انتظار، بی‌احترامی، خدمات مشتری یا پاکیزگی راضی نیستید، می‌توانید با بخش خدمات مشتری Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید و درخواست بررسی بیشتر کنید.

عبارت حقوقی برای "شکایت سریع" "تراضیاتی تسریع 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 پاسخ سریع را ایجاب می‌کند، ما همین کار را خواهیم کرد.

- 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 بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای "تصمیم مربوط به پوشش سریع" یا "تجدیدنظر سریع" قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک "شکایت سریع" را به شما داده و به شکایت شما را ظرف 24 ساعت پاسخ خواهیم داد.
 - اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که ما زمان بیشتری 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 برخی مفاد یا همه شکایات شما موافق نباشیم به شما اطلاع داده و دلایل خود را به آگاهی شما می‌رسانیم. ما علیرغم اینکه با شکایت موافق باشیم یا مخالف، پاسخ خواهیم داد.

K3. شکایات بیرونی

Medicare



می توانید شکایت خود را به اطلاع Medicare برسانید یا به آنها ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این آدرس موجود است: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. قبل از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت با Blue Shield TotalDual Plan ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی می گیرد و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر بازخورد یا نگرانی هایی دارید یا اگر احساس می کنید که برنامه درمانی به مشکل شما توجه نمی کند، همچنین می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

شما می توانید با تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را با همراهی بازرس مراقبت بهداشتی سازمان داده شده (DHCS) Medi-Cal اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) ارسال کنید. کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند. تماس از دوشنبه تا جمعه، بین 8:00 a.m. و 5:00 p.m.

می توانید شکایت را به اداره مراقبت بهداشتی سازمان داده شده کالیفرنیا به شماره (DMHC) تسلیم کنید. DMHC مسئول تنظیم برنامه های بهداشتی است. می توانید 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، می توانید با DMHC شکایت کنید. با این حال، اگر در مورد شکایتی که شامل یک موضوع فوری یا تهدیدی جدی و فوری برای سلامتی شماست، اگر درد شدید دارید، اگر با تصمیم طرح ما در مورد شکایت خود مخالف هستید، یا اگر طرح ما پس از 30 روز تقویمی به شکایت شما رسیدگی نکرده است، می توانید بدون ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مرکز راهنمایی ذکر می شود:

- تماس با 1-888-466-2219 اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا کنگ می توانند با تلفن رایگان TTY به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- از وبسایت سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ (www.dmhc.ca.gov) بازدید کنید.

دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر فکر می کنید با شما منصفانه رفتار نشده است، می توانید به اداره بهداشت و خدمات انسانی (HHS) OCR شکایت کنید. به عنوان مثال، می توانید در مورد دسترسی معلولان یا دستیار زبان 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، از www.hhs.gov/ocr for more information بازدید کنید.

همچنین می توانید 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: (800) 368-1019

فکس: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

ایمیل: ocrmail@hhs.gov

همچنین ممکن است حقوقی تحت قانون آمریکاییان معلول و تحت قانون اصلاحات ADA سال 2008 داشته باشید (P.L. 110-325). برای دریافت کمک می توانید با Medi-Cal Ombuds Program تماس بگیرید. شماره تلفن: 1-888-452-8609

سازمان بهبود کیفیت (QIO)

هنگامیکه شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است دو گزینه دارید:

- شما می توانید شکایت خود در مورد کیفیت را مراقبت مستقیماً به QIO مطرح کنید.
 - شما می توانید شکایت خود را به QIO و طرح ما مطرح کنید. اگر شکایت را به QIO تسلیم می کنید، ما با آنها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.
- QIO شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می شود که تحت استخدام دولت فدرال بوده تا مراقبت ارائه شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO به بخش H2 یا به فصل 2 از کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، QIO لیوانتا (Livanta) نامیده می شود. شماره تلفن (877) 588-1123 Livanta است [TTY: (855) 887-6668].



فصل 10: خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد روش هایی که می توانید به عضویت خود در برنامه ما خاتمه دهید و گزینه های پوشش بهداشتی شما بعد از ترک برنامه درمانی را توصیف می کند. اگر برنامه ما را ترک کنید تا زمانی که واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده اند.

فهرست مطالب

- A. زمانی که می توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید..... 247
- B. چگونه می توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید..... 248
- C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه..... 248
- C1. خدمات Medicare شما 249
- C2. خدمات Medi-Cal شما 251
- D. خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما به پایان برسد..... 251
- E. موقعیت های دیگری که عضویت شما در طرح ما به پایان می رسد..... 252
- F. قوانینی ناقض درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر گونه دلیل مربوط به سلامت..... 253
- G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید..... 253
- H. چگونه می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید..... 253



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. چون شما Medi-Cal دارید، ممکن است بتوانید یک بار در طول دوره ثبت نام خاص، عضویت خود در برنامه ما را پایان دهید یا به یک برنامه درمانی دیگر تغییر دهید.

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- جولای تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره ثبت نام خاص، شما می‌توانید عضویت خود در برنامه درمانی ما را در دوره‌های زیر در هر سال پایان دهید:

- **دوره ثبت نام سالانه**، 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 Plan (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. 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 مواقع دیگری باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، وقتی که:

- از منطقه سرویس‌دهی ما خارج شوید،
- احراز شرایط شما برای Medi-Cal یا Extra Hel تغییر کند، یا
- اخیراً وارد یک مرکز پرستاری یا بیمارستان مراقبت طولانی مدت شده باشید، در حال حاضر در آن باشید یا اخیراً از آن خارج شده باشید.

عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما را برای تغییر برنامه درمانی تان دریافت کنیم خاتمه یابد. برای مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در برنامه درمانی ما در 31 ژانویه خاتمه پیدا خواهد کرد. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه، در این مثال).

اگر برنامه ما را ترک کنید، شما می‌توانید درباره موارد زیر اطلاعات بگیرید:

- گزینه‌های Medicare در جدول بخش C1.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش C2.

می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید، از طریق تماس با: با خدمات مشتری با شماره‌های انتهای این صفحه. شماره کاربران TTY نیز ذکر شده است.

- با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید.
- با گزینه های مراقبت درمانی به شماره 1-844-580-7272 از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- **Medi-Cal Managed Care Ombudsman** به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. یا به MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov ایمیل بزنید.

توجه: اگر در برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، ممکن است نتوانید برنامه را تغییر دهید. برای اطلاعات در مورد برنامه های مدیریت دارو به فصل 5 کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. چگونه می توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید

اگر تصمیم به پایان عضویت خود دارید، می توانید در طرح Medicare دیگری ثبت نام کنید یا طرح خود را به Original Medicare تغییر دهید. با این حال، اگر می خواهید از طرح ما به Original Medicare تغییر مکان دهید، اما یک طرح جداگانه داروی نسخه دار Medicare انتخاب نکرده اید، باید درخواست کنید که از طرح ما خارج شوید. دو راه وجود دارد که می توانید درخواست لغو ثبت نام کنید:

- شما می توانید 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 مشتری تماس بگیرید.
- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE 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 می گیرید، همچنین می توانید در یکی دیگر از طرح های بهداشتی یا دارویی Medicare ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare خود هنگامیکه برنامه درمانی ما را ترک می کنید در جدول صفحه 255 موجود است.
- با گزینه های مراقبت درمانی به شماره 1-844-580-7272 از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید.
- بخش C در زیر شامل مراحل است که می توانید برای ثبت نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می دهد.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه

اگر بخواهید از طرح ما خارج شوید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.



C1. خدمات Medicare شما

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare که در ادامه لیست شده دارید. شما با انتخاب یکی از گزینه‌ها، به صورت خودکار به عضویت خود در برنامه درمانی ما پایان می‌دهید.

<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (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"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید. <p>یا</p> <p>در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. برنامه درمانی Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p>	<p>1. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>یک برنامه بهداشتی Medicare دیگر شامل طرحی که پوشش Medicare و Medi-Cal شما را ترکیب می‌کند</p>
--	--



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 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.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید. <p>یا</p> <p>در یک برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جدید ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p>	<p>2. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>Original Medicare با یک برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جداگانه</p>
---	---



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره (1-800-MEDICARE (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"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. <p>هنگامی که پوشش Original Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p>	<p>3. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>Original Medicare بدون برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جداگانه</p> <p>توجه: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در برنامه داروهای نسخه‌دار 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 داروهای نسخه‌دار را حذف کنید که از منبع دیگری مثل کارفرما یا اتحادیه پوشش دارویی دارید. اگر درباره آنکه نیاز به پوشش دارید یا خیر سوال دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 a.m. تا 5:00 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید.</p>
---	--

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای طرح سوال درباره برنامه Medi-Cal و دریافت خدمات Medi-Cal خود بعد از ترک برنامه ما، با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272، دوشنبه - جمعه از 8:00 a.m. تا 6:00 p.m. تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. سوال کنید که چطور پیوستن به یک برنامه درمانی یا برگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تاثیر دارد.

D. خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما به پایان برسد

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، داروهای تجویزی و مراقبت های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که برنامه جدید شما شروع شود.

- از ارائه دهندگان شبکه ما برای دریافت مراقبت های پزشکی استفاده کنید.
- از داروخانه های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه خدمات پستی ما برای دریافت نسخه های خود استفاده کنید.
- اگر روزی که عضویت شما در Blue Shield TotalDual Plan به پایان می رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما اقامت شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می دهد. این موضوع حتی زمانی که پوشش بهداشتی شما قبل از ترخیص شدن شروع می شود صادق خواهد بود.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



E. موقعیت‌های دیگری که عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

این موارد زمانی پیش می‌آید که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر در پوشش Medicare Part A و Medicare Part B شما وقفه ای وجود داشته باشد.
- اگر دیگر برای دریافت Medi-Cal و اوجد شرایط نباشید. برنامه ما برای اشخاصی می‌باشد که در Medicare و Medi-Cal عضویت دارند.
- ذینفعان Medicare که در طرح Blue Shield TotalDual ثبت نام می‌کنند، باید واجد شرایط Medicare Part A و Part 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 تا 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 هزینه های جانبی (بیمه مشترک، پرداخت سهم، حق بیمه، یا فرانشیز) باشید.
- ما فرصت تغییر به یکی از برنامه های غیر HMO D-SNP خود را گسترش می‌دهیم. طرح غیر HMO D-SNP به ذینفعانی ارائه می‌شود که هم حق استفاده از Medicare Part A و هم حق Medicare Part B را دارند، اما مزایای Medi-Cal (Medicaid) را ندارند. Medicare امکان یک دوره ثبت نام ویژه (SEP) را برای ذینفعان Medicare که دیگر واجد شرایط Medi-Cal (Medicaid) نیستند، می‌دهد.
- اگر برای Medi-Cal (Medicaid) واجد شرایط مجدد نباشید یا فرصت تغییر به یک طرح غیر HMO D-SNP را طی 6 ماه پس از اطلاع از دست دادن وضعیت نیازهای ویژه نپذیرید، به طور ناخواسته از Blue Shield TotalDual Plan حذف خواهید شد.
- اگر از منطقه خدمات ما خارج شدید.
- اگر بیش از 6 ماه است که از منطقه خدمات ما دور هستید.
- 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 برنامه درمانی ما باشد.
- اگر به خاطر جرمی به زندان بروید.
- اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروهای نسخه دار دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
- اگر شهروند ایالات متحده نیستید یا به طور غیرقانونی در ایالات متحده حضور دارید.
- شما باید شهروند قانونی ایالات متحده بوده یا به صورت قانونی در ایالات متحده باشید تا بتوانید عضوی از برنامه ما باشید.
- اگر بر این اساس واجد شرایط ادامه عضویت نباشید، مراکز خدمات Medicare & Medicaid Services (CMS) به ما اطلاع می‌دهند.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



○ اگر این شرایط را ندارید، باید عضویت شما را لغو کنیم.

ما تنها زمانی می توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که برنامه درمانی ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medi- و Medicare Cal را داشته باشیم.

- اگر عمداً به ما اطلاعات اشتباه را در هنگام ثبت نام در برنامه درمانی ما بدهید و آن اطلاعات روی واجد شرایط بودن شما برای برنامه درمانی ما تأثیر داشته باشد.
- اگر مرتب به روشی عمل کنید که متخل باشد و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
- اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت 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.)

F. قوانینی ناقض درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر گونه دلیل مربوط به سلامت

نمی توانیم از شما درخواست کنیم که به هر دلیل مربوط به سلامتی شما برنامه ما را ترک کنید. اگر فکر می کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما می خواهیم طرح خود را ترک کنید، با Medicare با شماره (1-800-633-4227) یا 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می توانید 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما 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 می توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما شکایت کنید. همچنین می توانید به فصل 9 دفترچه اطلاعاتی اعضا برای اطلاعات مربوط به نحوه تنظیم شکایت مراجعه کنید.

H. چگونه می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید

اگر سؤالی دارید یا می خواهید اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت خود داشته باشید، می توانید با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.



فصل 11: اعلامیه های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اخطارهای قانونی است که برای عضویت شما در طرح ما اعمال می شود. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده اند.

فهرست مطالب

A. اعلامیه در باره قوانین.....	255
B. اعلامیه عدم تبعیض.....	255
C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره.....	256
D. اعلامیه مربوط به وصول ماترک.....	256
E. مدیریت مدارک پوشش.....	256
F. همکاری اعضا.....	257
G. انتصاب.....	257
H. مسئولیت کارفرما.....	257
I. مسئولیت سازمان دولتی.....	257
J. اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده.....	257
K. غرامت کارگر یا مزایای تعهد کارفرما.....	257
L. اعاده پرداخت اضافی.....	258
M. زمانی که شخص ثالث باعث جراحات شما شود.....	258
N. اطلاعیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت.....	259
O. گزارش تقلب، اتلاف و سوء استفاده.....	259

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



A. اعلامیه در باره قوانین

بسیاری قوانین به این دفترچه اطلاعاتی اعضا مربوط می شوند. این قوانین ممکن است حتی اگر در دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده نشده یا توصیف نشده باشند روی حقوق و مسئولیت های شما تأثیر داشته باشند. قوانین اصلی که اعمال می شوند شامل قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه های Medicare و Medi-Cal می باشند. قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مربوط می شوند.

B. اعلامیه عدم تبعیض

ما به دلایل نژادی، قومیتی، منشاء ملی، رنگ، مذهب، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، تجربه ادعایی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد بیمه پذیری یا موقعیت جغرافیایی در منطقه خدمات خود تبعیض یا رفتار متفاوتی با شما قائل نمی شویم. علاوه بر این، ما افراد را به دلیل اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، به طور غیرقانونی بین آنها تبعیض قابل نمی شویم، آنها را طرد نمی کنیم، یا با آنها متفاوت رفتار نمی کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می خواهید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید:

- با اداره خدمات درمانی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. (TTY 1-800-537-7697). برای کسب اطلاعات، از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.
- با اداره خدمات درمانی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند (خدمات رله مخابرات).
- به CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل ارسال کنید.
- فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای 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

فرم های شکایت در این آدرس موجود است: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می توانید 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 7370-440-916 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 نامه ای 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 موجود است.

- به صورت الکترونیکی: به CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل ارسال کنید.

اگر معلولیت دارید و برای دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی یا ارائه دهنده به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتری تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، از قبیل مشکل دسترسی با صندلی چرخدار، خدمات مشتری می تواند به شما کمک کند.

C. اعلانیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره

گاهی اوقات شخص دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می دهیم پرداخت کند. برای مثال، اگر در یک سانحه رانندگی درگیر باشید یا اگر سر کار مصدوم شوید، بیمه یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان باید ابتدا هزینه را پرداخت کند. ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که برای آنها Medicare پرداخت کننده اول نیست جمع آوری کنیم.

ما از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی به اعضا پیروی می کنیم. ما همه اقدامات منطقی را برای اطمینان از اینکه برنامه Medi-Cal پرداخت کننده آخرین چاره باشد به کار میگیریم.

D. اعلامیه مربوط به وصول ماترک

برنامه Medi-Cal باید پیگیر بازپرداخت از دارایی های مشروط برخی از اعضای متوفی بابت مزایای Medi-Cal باشد که در روز تولد 55 سالگی آنها یا پس از آن دریافت می شود. بازپرداخت شامل حق بیمه خدمات و پرداخت هزینه مراقبت بهداشتی سازمان داده شده برای خدمات تسهیلات 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. بازپرداخت نمی تواند از ارزش دارایی مشروط اعضا فراتر رود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت بازپایی سلامتی اداره خدمات بهداشتی به نشانی www.dhcs.ca.gov/er بروید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

E. مدیریت مدارک پوشش

ما ممکن است خطمشی‌ها، رویه‌ها و تفاسیر معقولی را برای ترویج مدیریت منظم و کارآمد این مدارک پوشش اتخاذ کنیم.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

F. همکاری اعضا

شما باید هرگونه درخواست، فرم، اظهاریه، ترخیص، مجوزها، وثیقه و هر سند دیگری را که ما در روند عادی کسب و کار یا همانطور که در این *شواهد پوشش* درخواست می کنیم، تکمیل کنید.

G. انتصاب

شما نمی توانید این *شواهد پوشش* یا هیچ یک از حقوق، منافع، ادعاهای مربوط به پول، مزایا یا تعهدات مندرج در این قسمت را بدون رضایت کتبی قبلی ما اختصاص دهید.

H. مسئولیت کارفرما

برای هر گونه خدماتی که قانون کارفرما را ملزم به ارائه آن می کند، ما پولی به کارفرما نخواهیم داد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش می دهیم ممکن است ارزش خدمات را از کارفرما بازبایی کنیم.

I. مسئولیت سازمان دولتی

برای هر گونه خدماتی که قانون الزام می کند فقط توسط یک سازمان دولتی ارائه شود یا فقط از آن دریافت شود، ما به سازمان دولتی پولی نخواهیم پرداخت و زمانی که چنین خدماتی را پوشش دهیم ممکن است ارزش خدمات را از سازمان دولتی بازبایی کنیم.

J. اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده

برای هر گونه خدمات برای شرایطی که قانون اداره نظامیان بازنشسته موظف به ارائه می کند، ما هزینه ای به اداره نظامیان بازنشسته نخواهیم داد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش دهیم ممکن است ارزش خدمات را از آن اداره دریافت کنیم.

K. غرامت کارگر یا مزایای تعهد کارفرما

شما ممکن است واجد شرایط پرداخت یا سایر مزایای تحت قانون غرامت کارگران یا تعهد کارفرما باشید. ما داروهای تحت پوشش بخش D را ارائه خواهیم داد حتی اگر مشخص نباشد که آیا شما مستحق مزایا هستید یا خیر، اما ممکن است ارزش خدمات تحت پوشش را از منابع زیر بازبایی کنیم:

1. از هر منبعی که تسهیلاتی را ارائه دهد یا از آنهایی که منفعتی از آنها ناشی می شود.
2. از شما، تا حدی که مزایا ارائه می شود یا قابل پرداخت باشد یا اگر با جدیت به دنبال احراز حقوق خود در مورد مزایا تحت هر قانون غرامت کارگران یا تعهد کارفرما باشید، مزایا باید ارائه گردد یا قابل پرداخت باشد.



L. اعاده پرداخت اضافی

ما ممکن است هرگونه پرداخت اضافی را که برای خدمات انجام می دهیم از هر کسی که چنین پرداخت اضافی دریافت می کند 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 راه حل های موجود برای بازبایی مبالغ پرداختی Blue Shield برای خدمات ارائه شده به شما از هر بازبایی (تعریف شده در زیر) که توسط شما یا از طرف شما، از شخص ثالث یا از طرف شخص ثالث مسئول آسیب یا بیماری یا از پوشش رانندگان بدون بیمه/بیمه نشده است، برخوردار باشد.

این حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل های موجود در برابر هر گونه بهبودی که در نتیجه آسیب یا بیماری دریافت می کنید، شامل هر مبلغی است که به حکم دادگاه، رای داوری، 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 («بازبایی»)، بدون توجه به اینکه شما به «بازبایی کامل» رسیده باشید یا خیر، اعطا یا دریافت شده باشد. حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل های موجود مرتبط به آن بخش از کل بازبایی است که برای مزایای پرداخت شده در رابطه با چنین آسیب یا بیماری، محاسبه شده مطابق با بخش 3040 قانون مدنی کالیفرنیا، تعلق می گیرد.

شما در موارد زیر ملزوم هستید:

1. هر گونه ادعا یا دعوی حقوقی واقعی یا بالقوه ای را که می خواهید علیه شخص ثالث ناشی از اعمال یا کوتاهی های ادعایی که باعث آسیب یا بیماری شده است، یا اقدام قانونی علیه شخص ثالث را حداکثر 30 روز پس از ارسال یا تسلیم ادعا، کتباً به Blue Shield اطلاع دهید؛ و
 2. موافقت با همکاری کامل و اجرای هر گونه فرم یا سند مورد نیاز برای اجرای این حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل های موجود؛ و
 3. موافق کتبی با بازپرداخت Blue Shield برای مزایای پرداختی توسط Blue Shield در زمانی که بازبایی از طرف شخص ثالث یا بیمهگر شخص ثالث، یا از پوشش رانندگان بدون بیمه یا تحت بیمه دریافت می شود. و
 4. ارایه یک حق وثیقه محاسبه شده مطابق با بخش 3040 قانون مدنی کالیفرنیا. 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 پاسخ دوره ای به درخواست های اطلاعاتی در رابطه با ادعای شخص ثالث و اطلاع کتبی به Blue Shield ظرف ده (10) روز پس از دریافت هرگونه بازبایی.
- شما موفق به رعایت 1 نشدید. از طریق مورد 5، به هیچ وجه نباید به عنوان چشم پوشی، ترخیص، یا چشم پوشی از حقوق Blue Shield عمل شود.

N. اطلاعیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت

Blue Shield در ("HIE") Manifest MedEx Health Information Exchange شرکت می کند و اطلاعات سلامت اعضای خود را برای دسترسی به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مجاز در دسترس Manifest MedEx قرار می دهد. Manifest MedEx یک سازمان مستقل و غیرانتفاعی است که یک پایگاه داده سراسری از سوابق الکترونیکی بیماران را نگهداری می کند که شامل اطلاعات بهداشتی ارائه شده توسط پزشکان، مراکز مراقبت بهداشتی، برنامه های خدمات مراقبت های بهداشتی و شرکت های بیمه سلامت است. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مجاز (از جمله پزشکان، پرستاران و بیمارستان ها) 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.

Manifest MedEx به حق اعضا برای حفظ حریم خصوصی احترام می گذارد و از قوانین مربوط به حریم خصوصی ایالتی و فدرال پیروی می کند. Manifest MedEx از سیستم های امنیتی پیشرفته و تکنیک های مدرن رمزگذاری داده ها برای محافظت از حریم خصوصی اعضا و امنیت اطلاعات شخصی آنها استفاده می کند.

هر عضو Blue Shield حق دارد به Manifest MedEx دستور دهد که اطلاعات بهداشتی خود را با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خود به اشتراک نگذارد. اگرچه انصراف از Manifest MedEx ممکن است توانایی ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی شما را برای دسترسی سریع به اطلاعات مراقبت های بهداشتی مهم در مورد شما محدود کند، بیمه درمانی یا پوشش مزایای طرح بهداشتی یک عضو تحت تأثیر انتخاب انصراف از Manifest MedEx قرار نخواهد گرفت. هیچ پزشک یا بیمارستانی که در Manifest MedEx مشارکت دارد، از ارائه مراقبت پزشکی به بیماری که تصمیم می گیرد در Manifest MedEx HIE شرکت نکند، خودداری خواهد کرد.

اعضایی که نمی خواهند اطلاعات مراقبت های بهداشتی شان در Manifest MedEx نمایش داده شود، باید فرم آنلاین را در <https://www.manifestmedex.org/opt-out> پر کنند یا با Manifest MedEx به شماره (888)-510-7142 ساعت 7:00 a.m. تا ساعت 7:00 p.m. ظهر دوشنبه تا جمعه تماس بگیرد. TTY: 711 برای افراد کم شنوا.

O. گزارش تقلب، اتلاف و سوء استفاده

تقلب، اتلاف و سوء استفاده (FWA) چیست؟

- **تقلب** ارابه نادرست عمدی است که ممکن است منجر به هزینه های غیرمجاز برای یک برنامه مراقبت های بهداشتی شود.
- **اتلاف** استفاده نامناسب از بودجه یا منابع مراقبت های بهداشتی بدون نیاز موجه به انجام آن است.
- **سوء استفاده** عملی است که با شیوه های صحیح پزشکی یا تجاری ناسازگار است که ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم منجر به هزینه های غیرضروری برای یک برنامه مراقبت های بهداشتی شود.

از خود و مزایای خود محافظت کنید

- هرگز شماره های Social Security، Medicare یا طرح سلامت یا اطلاعات بانکی خود را به کسی که نمی شناسید ندهید.
- بدون دستور پزشک، با هیچ آزمایش درون آزمایشگاه موافقت نکنید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

• پذیرش هر چیزی ارزشمند در ازای خدمات پزشکی غیر قانونی است.

از تقلب در آزمایش های ژنتیک آگاه باشید

کلاهبرداران برای انجام تقلب در آزمایش های ژنتیک به ثبت نام کنندگان ناآگاه در مراکز بهداشت محلی، مراکز اقامت سالمندان، مراکز اجتماعی، آژانس های بهداشت خانگی و سایر مکان های قابل اعتماد نزدیک می شوند. آنها به دروغ قول می دهند که Medicare هزینه آزمایش را پرداخت می کند و شما فقط باید یک سواب گونه، شناسه خود و اطلاعات Medicare را برای دریافت نتایج آزمایش خود ارائه دهید.

متأسفانه، سپس این کلاهبرداران طرح سلامتی یا شماره Medicare شما را دارند و می توانند هزاران دلار برای آزمایش ها یا حتی خدماتی که هرگز دریافت نمی کنید، به Medicare صورتحساب ارائه کنند. آنها همچنین اطلاعات ژنتیکی شخصی شما را خواهند داشت.

برای گزارش مشکوک به تقلب، اتلاف و سوء استفاده، لطفاً با:

• **خط تلفن کلاهبرداری Blue Shield of California's Medicare تماس بگیرید: (855) 331-4894 (TTY: 711)**
یا از طریق ایمیل: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

در **24 ساعت شبانه روز و 7 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 واژه های مهم

مقدمه

این فصل شامل عبارات کلیدی است که در سرتاسر راهنمای اعضا با تعاریفشان استفاده می شوند. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده اند. اگر اصطلاح مورد نظر خود را پیدا نکردید یا اگر به اطلاعات بیشتری نسبت به تعریف نیاز دارید، با خدمات مشتری تماس بگیرید.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



فعالیت های زندگی روزمره (ADL): کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می دهند، از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می کند.

برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP): برنامه ای که به افراد واجد شرایط که مبتلا به HIV/AIDS هستند، کمک می کند تا به داروهای نجات بخش HIV دسترسی داشته باشند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز نداشته و انتظار نمی رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

تجدید نظر: روشی برای شما تا بر علیه عملکردی اعتراض کنید در صورتیکه فکر می کنید اشتباهی را مرتکب شده ایم. شما می توانید با درخواست تجدیدنظر برای تغییر یک تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** شما، درخواست های تجدیدنظر، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می دهد.

بهداشت رفتاری: یک عبارت جامع که به خدمات بهداشت روانی و اختلالات مربوط به اعتیاد اشاره می کند.

داروی برند: یک داروی نسخه دار که توسط شرکتی که دارو را در آغار کار تولید کرده تهیه شده و فروخته می شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت های دارویی دیگر ساخته و فروخته می شوند.

هماهنگ کننده مراقبت: یک شخص اصلی که با شما، برنامه درمانی و ارائه کنندگان مراقبتی شما همکاری کرده تا اطمینان حاصل شود مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می کنید.

برنامه مراقبتی: به "برنامه مراقبتی شخصی شده" مراجعه کنید.

خدمات گزینشی برنامه مراقبتی (خدمات CPO): خدمات اضافی که تحت برنامه مراقبتی شخصی شده (ICP) شما گزینشی هستند. این خدمات قرار نیست که جایگزین خدمات و حمایت های بلند مدتی شوند که تحت Medi-Cal اجازه داده شده که دریافت کنید.

گروه مراقبتی: به "گروه مراقبتی میان رشته ای" مراجعه کنید.

مرحله پوشش وضعیت بحرانی: مرحله ای در مزایای دارویی Medicare بخش D که برنامه درمانی کل هزینه داروهای شما را تا آخر سال پرداخت می کند. این مرحله را زمانی شروع می کنید که شما (یا سایر احزاب واجد شرایط از طرف شما) \$8000 برای داروهای تحت پوشش بخش D در طول سال خرج کرده باشید. شما هزینه ای پرداخت نمی کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2 دفترچه اطلاعاتی اعضا** نحوه تماس با CMS را توضیح می دهد.

خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS): برنامه خدمات برپایه مرکز درمانی بیماران سرپایی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کار و گفتار درمانی، مراقبت شخصی، کارآموزی و حمایت خانوادگی/مراقبت دهنده، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدماتی را عرضه می کند که برای اعضای واجد شرایطی می باشد که شرایط واجد شرایط بودن مربوطه را برآورده می کنند.



شکایت: یک اظهاریه کتبی یا شفاهی که توصیف می کند شما در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود مشکل یا نگرانی دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت مراقبت، کیفیت خدمات ارائه کنندگان شبکه ما یا داروخانه های شبکه ما می شود. عبارت رسمی برای "تنظیم شکایت" "تسلیم ناراضایتی" است.

مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می کند، از جمله ورزش درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، کاردرمانی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی برای بهبود خانه.

سهیمه Copay: یک مبلغ ثابت که به عنوان سهم هزینه های خود هر بار که خدمات یا داروهای نسخه دار خاصی را دریافت می کنید پرداخت می کنید. برای مثال، ممکن است \$2 یا \$5 برای خدمات یا داروی نسخه دار بپردازید.

سهم هزینه: مبالغی که هنگام دریافت خدمات یا داروهای نسخه دار خاص پرداخت می کنید.. سهم هزینه شامل پرداخت های مشترک می شود.

رده سهم هزینه مشترک: گروهی از داروها که سهم بیمه شده مشترک دارند. هر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش (همچنین به عنوان فهرست دارو شناخته می شود) در یکی از پنج سطوح اشتراک هزینه. به طور کلی، هر چقدر ردیف سهم شدن در هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو بیشتر است.

تصمیم مربوط به پوشش (تشخیص پوشش): تصمیمی در مورد چه مزایایی تحت پوشش ما هستند: این موضوع شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می شود که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد. **فصل 9** دفترچه اطلاعاتی/اعضا نحوه درخواست از ما برای تصمیم مربوط به پوشش را توضیح می دهد.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای نسخه دار و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش برنامه درمانی خود استفاده می کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و حمایت های طولانی مدت، لوازم، داروهای نسخه دار و بدون نسخه، وسایل و سایر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما استفاده می کنیم.

آموزش شایستگی فرهنگی: آموزشی که دستورالعمل های بیشتری را برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی ما ارائه می دهد که به آنها کمک می کند پیشینه، ارزش ها و باورهای شما را بهتر درک کنند تا خدمات را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما تطبیق دهند.

خدمات ارباب رجوع: بخشی در برنامه درمانی ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، ناراضایتی ها و تجدیدنظرها می باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات مشتری، به **فصل 2** دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

نرخ روزانه سهم شدن در هزینه: برخی که ممکن است هنگامیکه پزشک شما مقدار کمتر از ذخیره ماه کامل از داروهای خاصی را برای شما تجویز می کند استفاده شود و شما لازم است که سهم بیمه شده را پرداخت کنید. نرخ روزانه سهم شدن در هزینه، سهم بیمه شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه می باشد.

برای مثال: فرض کنید که سهم بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. بدین معنی که مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می کنید کمتر از \$0.05 است. اگر ذخیره دارو را 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز، که برای کل پرداختی کمتر از \$0.35 است.



اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می کند (Medi-Cal خوانده می شود).

سازمان هماهنگ خدمات درمانی (DMHC): سازمان دولتی در کالیفرنیا که مسئول نظارت بر برنامه های درمانی است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظر ها و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک می کند. DMHC بررسی مستقل پزشکی (IMR) را نیز اجرا می کند.

لغو عضویت: روال خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (DMP): برنامه ای که کمک می کند اطمینان حاصل شود که اعضا به طور ایمن از داروهای مخدر نسخه دار و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء استفاده قرار می گیرند استفاده می کنند.

رده های دارویی: گروه هایی از داروها در فهرست دارویی ما می باشند. داروهای ژنریک، نام تجاری یا داروهای بدون نسخه (OTC) نمونه هایی از ردیف های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف قرار دارد.

برنامه نیازهای ویژه دو-اِحرازی (D-SNP): طرح سلامتی که به افرادی که واجد شرایط Medicare و Medicaid هستند خدمات می دهد. طرح ما D-SNP است.

وسایل بادوام پزشکی (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می کند. مثالها شامل اقلامی مانند ویلچر، چوبدستی، سیستم های تشک برقی، وسایل دیابت، تخت های بیمارستانی که یک تامین کننده برای استفاده در منزل سفارش می دهد، پمپ تزریق (IV)، دستگاه های تولید صدا، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

وضعیت اضطراری: یک وضعیت اضطراری پزشکی زمانیست که شما یا شخص دیگر که اطلاعاتی در حد متوسط در مورد بهداشت و پزشکی دارد، عقیده دارید که علائم پزشکی شما به توجه پزشکی فوری نیاز دارند تا از فوت، از دست دادن اندام بدن یا از دست دادن عملکرد بخشی از بدن پیشگیری شود (و اگر یک زن باردار هستید، از دست دادن فرزند متولد نشده). علائم پزشکی ممکن است یک بیماری، آسیب، درد شدید یا یک وضعیت پزشکی باشد که به سرعت در حال بدتر شدن است.

مراقبت اضطراری: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه کننده کارآموزی دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می شوند و برای مداوای یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری اضطراری لازم هستند.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت های خاص.

خدماتی که تحت پوشش نیستند: خدماتی که تحت پوشش این طرح سلامت نیستند.



کمک بیشتر: برنامه Medicare به اشخاصی کمک می‌کند که درآمد و منابع محدود دارند تا برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه دار Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیزها و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک بیشتر، "برنامه یارانه برای افراد کم درآمد" یا "LIS" نیز خوانده می‌شود.

داروی ژنریک: یک داروی نسخه دار که برای استفاده به جای داروی برند به تصویب دولت فدرال رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. معمولاً ارزان تر بوده و همان تأثیر داروی برند را دارد.

نارضایتی: شکایتی که در مورد ما یا یکی از ارائه کنندگان یا داروخانه های شبکه ما تسلیم می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح سلامت شما می‌شود.

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP): برنامه ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

برنامه سلامت: سازمانی می‌باشد که از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه کنندگان خدمات بلند مدت و سایر ارائه کنندگان تشکیل شده است. این سازمان هماهنگ کننده های مراقبتی را برای کمک در مدیریت همه ارایه کنندگان و خدمات شما نیز دارد. همه این اشخاص برای ارائه مراقبت مورد نیاز شما مشارکت می‌کنند.

ارزیابی مخاطره بهداشتی (HRA): بررسی تاریخچه پزشکی شما و عارضه کنونی. از این ارزیابی برای شناسایی وضعیت سلامتی شما استفاده شده و چطور در آینده ممکن است تغییر کند.

امدادگر مراقبت بهداشتی در خانه: شخصی که خدماتی را فراهم می‌کند که به مهارت های یک پرستار یا کارور درمانی جواز دار نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش های تجویز شده). امدادگران مراقبت بهداشتی در خانه جواز پرستاری نداشته و درمان ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه بیماران رو به فوت: برنامه مراقبت و پشتیبانی برای کمک به افرادی که پیش آگهی پایانی دارند که زندگی راحت داشته باشند. پیش آگهی پایانی به این معنی است که یک فرد از نظر پزشکی به عنوان بیمار لاعلاج تایید شده است، به این معنی که امید به زندگی 6 ماه یا کمتر است.

- داوطلبی که دارای پیش آگهی پایانی باشد، حق انتخاب آسایشگاه را دارد.
- یک تیم آموزش دیده از متخصصان و مراقبین برای فرد از جمله نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی مراقبت می‌کنند.
- ما باید لیستی از ارائه دهندگان آسایشگاه در منطقه جغرافیایی خود را به شما ارائه دهیم.

صورت حساب غلط/نامناسب: موقعیتی که ارائه کننده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهم شدن در هزینه برنامه درمانی برای خدمات از شخص مطالبه می‌کند. اگر صورت حسابی دریافت کردید که متوجه نمی‌شوید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

به عنوان عضو طرح، زمانی که خدمات تحت پوشش ما را دریافت می‌کنید، فقط سهم مشترک طرح را پرداخت می‌کنید. ما به تامین کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که بیشتر از این مقدار برای شما صورتحساب صادر کنند.



خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS Program) به پرداخت بابت خدماتی کمک می‌کند که به شما ارائه شده‌اند تا شما بتوانید با حفظ امنیت در منزل خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه محسوب می‌شود، از قبیل آسایشگاه یا مرکز اقامت و مراقبت. 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 پیرایشگری)، همراهی در قرارهای ویزیت پزشکی، و نظارت محافظت‌کننده برای معلولین روانی) است. آژانس های خدمات اجتماعی کانتی IHSS را اداره می‌کنند.

بررسی مستقل پزشکی (IMR): اگر درخواست شما را برای خدمات یا مداوای پزشکی قبول نکنیم، می‌توانید به ما درخواست تجدیدنظر کنید. اگر با تصمیم ما موافق نباشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، از جمله منابع و داروها DME، می‌توانید از سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا درخواست IMR کنید. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی می‌باشد که بخشی از برنامه درمانی ما نیستند. اگر تصمیم مربوط به IMR به نفع شما باشد، باید خدمات یا مداوایی که درخواست کردید را به شما ارائه کنیم. شما هزینه ای را برای IMR پرداخت نمی‌کنید.

سازمان بررسی مستقل (IRO): یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد که درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این نهاد به ما وابستگی نداشته و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم صحیح است باید تغییر کند. Medicare بر کار آن نظارت می‌کند. نام رسمی "Independent Review Entity" است.

برنامه مراقبت شخصی شده (ICP یا برنامه مراقبتی): برنامه ای برای خدماتی که دریافت می‌کنید و نحوه دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری، و خدمات و حمایت های طولانی مدت شود.

مرحله اولیه پوشش: مرحله قبل از اینکه مجموع هزینه های دارویی Medicare بخش D شما به \$5,030 برسد. این هزینه شامل مبلغی که شما پرداخت کردید، برنامه درمانی ما از سوی شما چه مبلغی را پرداخت کرده است و یارانه کم درآمدی می‌شود. شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید. در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید.

بیمار بستری: عبارت مورد استفاده هنگامیکه به طور رسمی در بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرفته شوید. اگر به طور رسمی پذیرفته نشوید، هنوز ممکن است به عنوان یک بیمار سرپایی به جای بیماری بستری محسوب شوید حتی اگر برای تمام شب بستری شوید.

گروه مراقبت میان رشته ای (ICT یا گروه مراقبتی): گروه مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین بهداشتی شود که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان آمادگی دارند. گروه مراقبتی شما برای ایجاد برنامه مراقبتی نیز به شما کمک می‌کند.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از دارو های نسخه دار و داروهای بدون نسخه (OTC) 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.

خدمات و حمایت های طولانی مدت (LTSS): خدمات و حمایت های طولانی مدت که به بهبود عارضه پزشکی طولانی مدت 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 طرح ما شامل خدمات مبتنی بر جامعه، تسهیلات پرستاری (NF) و پشتیبانی های اجتماعی است. برنامه های چشم پوشی IHSS و Medi-Cal LTSS 1915 هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.



یارانه کم درآمدی (LIS): به "کمک بیشتر" مراجعه کنید

برنامه های داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی: برخی برنامه ها داروخانه های سفارش پستی را عرضه می کنند که به شما امکان می دهد تا حداکثر 3 ماه ذخیره داروئی پوششی خود را دریافت کنید که مستقیماً برای خانه شما ارسال می شود. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای پر کردن نسخه هایی باشد که به طور منظم مصرف می کنید.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می باشد. 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 می کند هزینه خدمات و حمایت های بلند مدت و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- این برنامه خدمات و برخی داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می دهد.
- برنامه های Medicaid از ایالت به ایالت دیگر متفاوت است، اما اگر واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه های مراقبت های بهداشتی پوشش داده می شود.

برنامه های Medi-Cal: برنامه هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می دهند، از قبیل خدمات و حمایت های طولانی مدت، وسایل پزشکی و حمل و نقل. مزایای Medicare جدا هستند.

Medicaid (یا کمک پزشکی): برنامه ای که توسط دولت فدرال و ایالت اجرا می شود و به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می کند هزینه خدمات و حمایت های بلند مدت و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند. Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می باشد.

ضرورت پزشکی: این اصطلاح خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند 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 آسایشگاه جلوگیری می‌کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص به سن 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با معلولیت های خاص و اشخاصی که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد). اشخاص عضو Medicare می توانند پوشش درمانی خود را از طریق Medicare اصلی یا برنامه مراقبت های هماهنگ دریافت کنند (به "برنامه درمانی" مراجعه کنید).

مزیت Medicare: یک برنامه Medicare، همچنین به عنوان "Medicare Part C" یا "MA" شناخته می شود، که طرح های MA را از طریق شرکت های خصوصی ارائه می دهد. Medicare به این شرکت ها برای پوشش مزایای Medicare شما پول می پردازد.

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا): شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. شورا بخشی از دولت فدرال است.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B. همه برنامه های درمانی شامل برنامه درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.



برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare: یک برنامه تغییر رفتار بهداشتی ساختاریافته که آموزش تغییرات طولانی مدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی، و استراتژی هایی را برای غلبه بر چالش های کاهش وزن و سبک زندگی سالم ارائه می دهد.

ثبت نام شده در Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجد شرایط است. ثبت نام شده Medicare-Medi-Cal "دینفع واجد شرایط دوگانه" نیز خوانده می شود.

بخش A Medicare: برنامه Medicare که بیشتر نیازهای ضروری بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت قبل از فوت را پوشش می دهد.

بخش B Medicare: برنامه Medicare که خدمات (از قبیل تست های آزمایشگاهی، جراحی و ویزیت های پزشک) و لوازم (از قبیل صندلی چرخدار و واکر) که برای مداوای بیماری یا عارضه ضرورت پزشکی دارند را تحت پوشش قرار می دهد. Medicare بخش B بسیاری خدمات پیشگیری کننده و معاینه تشخیص بیماری را نیز پوشش می دهد.

بخش C Medicare: برنامه Medicare، همچنین به عنوان "مزیت Medicare" یا "MA" شناخته می شود که به شرکت های بیمه درمانی خصوصی اجازه می دهد مزایای Medicare را از طریق Medicare Advantage Plan ارائه کنند.

قسمت D Medicare: برنامه مزایای داروی نسخه دار Medicare. ما این برنامه را به طور مختصر "بخش D" می خوانیم. Medicare بخش D داروهای نسخه دار بیماران سرپایی، واکسن ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B یا Medi-Cal را پوشش می دهد. طرح ما شامل بخش Medicare بخش D است.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که می توانند تحت پوشش Medicare بخش D باشند. کنگره بخصوص گروه های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت دارو درمانی (MTM): گروه مشخصی از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

دفترچه اطلاعاتی اعضا و اطلاعات افشاگری: این سند به همراه فرم ثبت نام شما و هر پیوست یا ضمیمه دیگری که پوشش شما، آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و کارهایی که باید به عنوان عضوی از طرح ما انجام دهید را توضیح می دهد.

داروخانه شبکه: داروخانه ای که قبول کرده نسخه ها را برای اعضای برنامه درمانی ما بپیچد. ما بدین خاطر به آنها "داروخانه های شبکه" می گوئیم که موافقت کرده اند با برنامه درمانی ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه هایی را پرداخت می کنیم که در یکی از داروخانه های شبکه ما پیچیده شده باشند.



ارائه کننده شبکه: "ارائه کننده" یک عبارت عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می کنند. این عبارت شامل بیمارستان، سازمان بهداشت در خانه، درمانگاه و سایر مکان هایی نیز می شود که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت های طولانی مدت را در اختیار شما قرار می دهند.

- این ارائه کنندگان دارای گواهینامه بوده و تحت جواز Medicare و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی می باشند.
- ما این ارائه کنندگان را هنگامی "ارائه کنندگان شبکه" می خوانیم که موافقت کنند با برنامه درمانی همکاری کرده و دستمزد ما را دریافت کنند و هیچگونه مبلغ اضافی را از اعضای ما مطالبه نکنند.
- در طول مدتی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش از ارائه کنندگان شبکه استفاده کنید. ارائه کنندگان شبکه "ارائه کنندگان برنامه درمانی" نیز خوانده می شوند.

آسایشگاه: محلی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می کند که نمی توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

بازرس: دفتری در ایالت شما که به عنوان وکیل از شما دفاع می کند. اگر مشکلی یا شکایتی دارید، آنها می توانند به سوال های شما پاسخ دهند و می توانند به شما کمک کند بفهمید که چه کاری باید انجام دهید. خدمات بازرس رایگان است. می توانید برای اطلاعات بیشتر به **فصل های 2 و 9 دفترچه اطلاعاتی/عضا** مراجعه کنید.

تشخیص سازمانی: هنگامیکه برنامه درمانی یا یکی از ارائه کنندگان آن در مورد اینکه آیا خدمات تحت پوشش هستند یا نحوه پرداخت برای خدمات تحت پوشش تصمیمی را اتخاذ می کند به آن تشخیص سازمانی می گویند. تشخیص سازمانی "تصمیم مربوط به پوشش" خوانده می شوند. **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/عضا** تصمیم مربوط به پوشش را توضیح می دهد.

Medicare اصلی (Medicare استاندارد یا Medicare هزینه در مقابل خدمات): دولت Original Medicare را ارائه می دهد. تحت Original Medicare خدمات Medicare توسط پرداخت به پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه کنندگان مراقبتی به میزانی که توسط کنگره وضع شده تحت پوشش قرار می گیرند.

- می توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می کند بروید. Medicare اصلی شامل دو بخش می باشد. Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی)
- Medicare اصلی در هر کجای ایالات متحده در دسترس می باشد.
- اگر نمی خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می توانید Medicare اصلی را انتخاب کنید.



داروخانه خارج از شبکه: داروخانه ای که موافقت کرده با برنامه درمانی ما برای هماهنگ سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای برنامه درمانی ما همکاری کند. بیشتر داروهایی که از داروخانه های خارج از شبکه دریافت می کنید تحت پوشش برنامه درمانی ما نمی باشند مگر اینکه شرایط خاصی برآورده شوند.

ارائه کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه کننده ای که تحت استخدام، مالکیت یا اداره برنامه درمانی ما نبوده و برای ارائه خدمات به اعضای برنامه درمانی ما تحت قراردادی نیست. **فصل 3 دفترچه اطلاعاتی اعضا** ارایه کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می دهد.

هزینه های نقدی شما: شرایط سهم شدن در هزینه برای اعضا تا بخشی از خدمات یا داروهایی را که درخواست می کنند را پرداخت کنند، شرایط "هزینه نقدی شما" نیز خواهند می شود. به تعریف «اشتراک هزینه» در بالا مراجعه کنید.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه، داروها یا داروهایی هستند که فرد می تواند بدون نسخه از متخصص مراقبت های بهداشتی 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.

اطلاعات سلامت شخصی (که اطلاعات سلامت محافظت شده نیز نامیده می شود) (PHI): اطلاعاتی درباره شما و سلامتی شما، مانند نام، آدرس، شماره تامین اجتماعی، ویزیت های پزشک، و سابقه پزشکی. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI، به اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.

ارائه کننده مراقبتهای درمانی اصلی (PCP): پزشک یا ارائه کننده دیگری می شود که برای بیشتر مشکلات بهداشتی ابتدا نزد وی می روید. وی مطمئن می شود که مراقبت لازم را برای حفظ سلامتی خود دریافت کنید.

- وی ممکن است با پزشکان و ارائه کنندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کند یا شما را به آنها ارجاع کند.
- در بسیاری برنامه های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه کننده مراقبت درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی خود بروید.
- برای اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه دهندگان مراقبت های اولیه به **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اجازه قبلی (PA): اجازه ای که شما قبل از دریافت خدمات یا داروی خاص یا رفتن نزد ارائه کننده خارج از شبکه باید 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 ارائه کننده شبکه دیگری اجازه قبلی را از برنامه درمانی ما دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در **فصل 4 کتاب راهنمای اعضا** شما علامت گذاری شده اند.

طرح ما فقط در صورتی برخی از داروها را پوشش می دهد که از ما PA بگیرد.

- داروهای تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در فهرست داروهای تحت پوشش علامت زده شده اند.

برنامه های مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE): برنامه ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به طور مشترک برای اشخاص به سن 55 سال به بالا پوشش می دهد که نیاز به مقدار بیشتری دارند تا در خانه خودشان زندگی کنند.

اندام مصنوعی و ارتوتیک دستگاه های پزشکی سفارش شده توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی که شامل بریس های بازو، پشت و گردن هستند، اما محدود به آنها نیستند. اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و وسایل مورد نیاز برای جایگزینی قسمت یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و تغذیه درمانی روده ای و تزریقی.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می کنند. حقوق QIO را دولت فدرال پرداخت می کند تا مراقبت ارائه شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای اطلاعات در مورد QIO به **فصل 2** کتابچه اعضا خود مراجعه کنید.

محدودیت مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می توانید دریافت کنید. ممکن است مقدار دارویی را که در هر نسخه تحت پوشش قرار می دهیم محدود کنیم.

ابزار سود در زمان واقعی: پورتال یا برنامه کابینتری که در آن ثبت نام کنندگان می توانند اطلاعات کامل، دقیق، به موقع، اطلاعات بالینی مناسب، داروهای تحت پوشش خاص ثبت نام کننده و اطلاعات در مورد مزایا را جستجو کنند. این شامل مقادیر سهم هزینه، داروهای ثانوی که ممکن است برای یک وضعیت سلامتی مشابه به عنوان یک داروی خاص استفاده شود، و محدودیت های پوششی (مجوز قبلی، مرحله درمانی، محدودیت های کمیت) که برای داروهای جایگزین اعمال می شود، است.

ارجاع: ارجاع، تاییدیه ارائه دهنده مراقبت اولیه شما (PCP) یا تاییدیه ما برای استفاده از ارائه دهنده ای غیر از PCP شما است. اگر ابتدا تایید نشود، ممکن است ما خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از متخصصان خاص، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به ارجاع ندارید. می توانید برای اطلاعات بیشتر درباره ارجاع به **فصل 3 و 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.

خدمات توانبخشی: مداوایی که برای کمک به شما در بهبود از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره توانبخشی به **فصل 4 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت های مقاربتی ها (STI)، اچ آی وی/ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت تأیید جنسیت، و خشونت شریک جنسی.

منطقه شامل خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که برنامه درمانی در صورت محدود سازی عضویت بر اساس محل زندگی اشخاص، اعضا را می پذیرد. برای برنامه های درمانی که پزشکان و بیمارستان هایی که می توانید استفاده کنید را محدود می کنند نیز معمولاً منطقه ای می باشد که می توانید خدمات عادی (غیر اضطراری) را دریافت کنید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می کنند می توانند عضو برنامه درمانی ما شوند.



سهم هزینه: بخشی از هزینه های مراقبت درمانی شما که ممکن است لازم باشد قبل از اینکه مزایای شما قابل اجرا شوند در هر ماه پرداخت کنید. میزان سهم هزینه شما بستگی به درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و لوازمی برای ارائه مراقبت پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات بهداشتی مربوطه.

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاری تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. مثال های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل ورزش درمانی یا تزریقات درون رگی (IV) می شود که پرستار رسمی یا پزشک می تواند ارائه کند.

متخصص: پزشکی می باشد که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می کند.

داروخانه های تخصصی: برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های تخصصی، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی/اعضا خود مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا ارائه کننده دیگری برای خدمات Medi-Cal درخواست کند که ما تصویب نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده اید ادامه نخواهیم داد، شما حق دارید که برای دادرسی عادلانه ایالتی درخواست کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان گام به گام: مقررات پوشش که لازم می داند شما ابتدا داروی دیگری را امتحان کنید قبل از اینکه داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (SSI): مزایای ماهانه که خدمات اجتماعی به اشخاصی پرداخت می کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا به سن 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

مراقبت با نیاز فوری: نوعی مراقبت می باشد که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می کنید که اضطراری نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. می توانید مراقبت فوری لازم را در صورتی از ارائه کنندگان خارج شبکه دریافت کنید که ارائه کنندگان شبکه موجود نبوده یا نتوانید به آنها دسترسی پیدا کنید.



خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan

تماس تلفنی با	1-800-452-4413
تماس با این شماره رایگان است. خدمات اعضا برای اشخاصی که به انگلیسی تکلم نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان نیز دارد.	
TTY	711
این شماره به تجهیزات تلفنی خاص نیاز دارد و فقط برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. تماس با این شماره رایگان است. 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، هفت روز هفته	
فکس	(877) 251-6671
مکاتبه	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
وبسایت	blueshieldca.com/medicare

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY:711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.

