

مدارک پوشش

مزایا و خدمات سلامت medicare و پوشش
داروهای تجویزی شما به عنوان عضو
Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

کانتی‌های Los Angeles و San Diego

از 1 ژانویه 2025 تا 31 دسامبر 2025

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

کتابچه راهنمای اعضای برنامه Medicare Medi-Cal

H2819_24_378A_001_C_FA Approved 08202024

تاییدیه OMB به شماره 0938-1444 (انقضا: 30 ژوئن 2026)

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



1 ژانویه، 2025 - 31 دسامبر، 2025

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

معرفی کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه راهنمای اعضا که به عنوان مدرک بیمه شناخته می‌شود، به شما درباره پوشش شما تحت برنامه ما تا 31 دسامبر 2025 اطلاعات می‌دهد. کتابچه راهنمای 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 کتابچه راهنمای اعضا ارائه شده‌اند.

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

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

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

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان در سایر فرمت‌ها از قبیل چاپ درشت، بریل و/یا صوتی با تماس با خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. 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.

سایر زبان‌ها

شما می‌توانید این کتابچه راهنمای اعضا و سایر مطالب را بدون اخذ هزینه از شما به سایر زبان‌ها دریافت کنید.

Blue Shield TotalDual Plan ترجمه‌های نوشتاری توسط

مترجم‌های مجرب و واجد شرایط را در اختیارتان قرار می‌دهد. با شماره

(TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان

است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات امداد زبانی مربوط به

مراقبت درمانی از قبیل مترجم شفاهی و خدمات ترجمه، به «کتابچه

راهنمای اعضا» مراجعه کنید.



سایر فرمت‌ها

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

خدمات مترجم شفاهی

Blue Shield TotalDual Plan خدمات ترجمه شفاهی، از جمله زبان اشاره، را از یک مترجم مجرب و واجد شرایط به صورت 24 ساعته، بدون هیچ هزینه‌ای برای شما ارائه می‌دهد. مجبور نیستید که از یکی از اعضای خانواده و یا دوستان به عنوان مترجم استفاده کنید. ما استفاده از زیر سن قانونی به عنوان مترجم شفاهی را به غیر از موارد اضطراری توصیه نمی‌کنیم. خدمات ترجمه شفاهی، زبانی و فرهنگی به صورت رایگان در دسترس هستند. کمک و راهنمایی در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 هفت روز هفته در دسترس می‌باشد. برای دریافت کمک به زبان خود یا دریافت این کتابچه راهنمای اعضا به زبان دیگر، با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

توجه: اگر به زبان خودتان به کمک نیاز دارید، با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. امداد و خدمات برای اشخاص ناتوان، از قبیل اسناد به صورت بریل و چاپ درشت نیز در دسترس می‌باشند. با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.



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

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

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

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



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

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou



mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se
mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx
1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih
gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc
cuotv nyaanh oc.

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

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

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.



Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

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

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

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



موارد رفع مسئولیت

- ❖ مزایا، حق بیمه‌ها، فرانشیز، و/یا سهم‌های ثابت/سهم درصدی ممکن است در 1 ژانویه 2026 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 شونده‌گانی 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.
- ❖ Medicare تایید کرد که Blue Shield TotalDual Plan این مزایا و سهم ثابت بیمه شده کمتر را به عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (Value-Based Insurance Design) ارائه کند. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد روش‌های جدید را برای بهبود برنامه‌های Medicare Advantage امتحان کند.
- ❖ Amazon Pharmacy مستقل از Blue Shield of California است و با Blue Shield قرارداد دارد تا تحویل داروهای نسخه دار در منزل را برای اعضای Blue Shield فراهم کند.



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 کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A. به برنامه درمانی ما خوش آمدید.....	12
B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal.....	12
B1. Medicare.....	12
B2. Medi-Cal.....	12
C. مزایای برنامه درمانی ما.....	13
D. منطقه خدماتی برنامه درمانی ما.....	13
E. چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در برنامه درمانی می‌شود؟.....	14
F. انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو برنامه درمانی ما می‌شوید.....	14
G. تیم مراقبت و برنامه مراقبتی شما.....	15
G1. تیم مراقبت.....	15
G2. برنامه مراقبت.....	15
H. هزینه‌های ماهیانه شما در Blue Shield TotalDual Plan.....	16
H1. حق بیمه برنامه درمانی.....	16
I. کتابچه راهنمای اعضای شما.....	16
J. اطلاعات مهم دیگری که شما از ما دریافت می‌کنید.....	16
J1. کارت شناسایی عضو شما.....	17
J2. فهرست تامین کنندگان و داروخانه‌ها.....	17



- J3. فهرست داروهای تحت پوشش 19
- J4. توضیح مزایا 19
- K. به روز نگه داشتن پرونده عضویت شما 19
- K1. محرمانگی اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) 20



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 فعالیت می‌کنند.

B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تامین 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 Medi-Cal و Medicare 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 کنند. 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 سلامت 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.

اعضای 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 با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از 8:00am تا 8:00pm، هفت روز هفته تماس بگیرید.

D. منطقه خدماتی برنامه درمانی ما

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

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

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



اگر به خارج منطقه خدماتی ما بروید، نمی‌توانید در برنامه درمانی ما باقی بمانید. برای اطلاعات بیشتر درباره نتایج خروج از منطقه خدماتی ما، به فصل 8 کتابچه راهنمای 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.
- اگر شرایط احراز Medi-Cal را از دست بدهید اما انتظار داشته باشید که دوباره ظرف مدت شش ماه آن را به دست بیاورید پس شما هنوز واجد شرایط برنامه درمانی ما هستید.
- 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 سؤالاتی 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، حتی اگر خارج از شبکه ما باشند. 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.

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- 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 سلامت 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. شما می‌توانید این درخواست را با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. 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 اصلی 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 کتابچه راهنمای 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.

هماهنگ کننده مراقبت فردی مجرب برای کمک به شما در مدیریت مراقبت موردنیاز شما است. هنگامی که 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am

تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



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 یک بار 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 2025، حق بیمه ماهیانه Blue Shield TotalDual Plan برابر با \$28.30 است. البته، شما تا زمانی که پارانه درآمد پایین بخش D را دارید، \$0 پرداخت می‌کنید که به Extra Help و پوشش کامل Medi-Cal نیز معروف است.

I. کتابچه راهنمای اعضای شما

کتابچه راهنمای 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 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید.

همچنین شما می‌توانید از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری، کتابچه راهنمای اعضا را درخواست کنید. همچنین شما می‌توانید به کتابچه راهنمای اعضا در وبسایت ما در آدرس انتهای صفحه مراجعه کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که در برنامه درمانی ما عضویت داشته‌اید بین 1 ژانویه 2025 و 31 دسامبر 2025 قابل اجرا است.

J. 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am

تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



J1. 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 خواهید داشت. شما در هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروهای نسخه دار، این کارت را نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضو است:

 <p>Member Name: NAME Member ID: XEE Care Coordinator Phone: (999) 999-9999 PCP: Good, Doctor J.</p> <p>PCP Ph: (999) 999-9999 MED GROUP</p>	 <p>RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001</p>	 <p>Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To:</p> <p>Send Rx Claims To: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. 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.</p>	<p>blueshieldca.com/medicare</p> <p>(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 Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830</p>
--	---	--	---

اگر کارت شناسایی عضو شما صدمه دیده است، گم شده است یا به سرقت رفته است، بلافاصله با شماره‌های انتهای 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 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

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

- داروهای 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)

J2. 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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

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

- وقتی برای ملاقات با تامین‌کنندگان، 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
- نحوه دسترسی به خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، خدمات حمایتی در خانه (IHSS) یا برنامه‌های خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، و
- اطلاعات در مورد نحوه دسترسی به تحویل در خانه، تزریق در خانه یا داروخانه‌های مراقبت طولانی مدت.

تعریف ارائه‌کنندگان شبکه

- ارائه‌کنندگان 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 سلامت 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am

تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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** کتابچه راهنمای 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

هنگامی که 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 نگاه دارید. این خلاصه توضیح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) خوانده می‌شود.

مدرک 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 کرده‌ایم را به اطلاع شما می‌رساند. EOB صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی شما دارد. **فصل 6** کتابچه راهنمای 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. تامین‌کنندگان 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؛

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- 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 سلامت محافظت شده (PHI)

اطلاعات موجود در پرونده عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) باشد. قوانین ایالتی و فدرال مقرر می‌دارند که ما، اطلاعات سلامت شخصی شما را محرمانه نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر درباره روش محافظت از PHI خود، به **فصل 8** کتابچه راهنمای 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 کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A. خدمات مشتری.....	23
B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما.....	26
C. برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP).....	28
D. خط مشاوره پرستاری.....	29
E. خط بحران سلامت رفتاری.....	30
F. سازمان بهبود کیفیت (QIO).....	31
G. Medicare.....	32
H. Medi-Cal.....	33
I. دفتر بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان.....	34
J. خدمات اجتماعی پزشکی.....	35
K. آژانس خدمات بهداشت رفتاری کانتی.....	37
L. سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده کالیفرنیا.....	38
M. برنامه‌هایی برای کمک به افراد جهت پرداخت بابت داروهای نسخه دار آنها.....	39
M1. Extra Help.....	39
M2. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP).....	39
N. تامین اجتماعی.....	40
O. هیئت بازنشستگی راه آهن (RRB).....	41
P. سایر منابع.....	42

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



43Medi-Cal Dental Program .Q



A. خدمات مشتری

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

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 درمانی 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 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر در مورد مراقبت درمانی شما
 - تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتی است فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم.

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



- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید یا با خدمات مشتری تماس بگیرید.
- شکایات در مورد مراقبت درمانی شما
 - می‌توانید در باره ما یا هریک 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 (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم اتخاذ شده مربوط به پوشش مراقبت درمانی شما است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش فوق مراجعه کنید).
 - شما می‌توانید شکایت مربوط به 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 (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید.
 - شما می‌توانید در مورد برنامه درمانی ما به برنامه بازرس Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 شکایت کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقامه شکایت در مورد مراقبت درمانی خود، به **فصل 9، کتابچه راهنمای 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، کتابچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید.
 - درخواست 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**، کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.
- شکایات در مورد داروهای شما
 - شما می‌توانید از 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-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت درباره داروهای نسخه دار خود، به **فصل 9**، کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.
 - پرداخت بابت مراقبت درمانی یا داروهایی که قبلاً برای آنها پرداخت کرده‌اید.
 - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7**، کتابچه راهنمای 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** کتابچه راهنمای 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 مراقبت شما بخشی از گروه مراقبتی شما خواهد بود 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 خطر سلامت و برنامه مراقبتی شخصی شده شما را تکمیل کند. این‌ها ابزارهایی هستند که هماهنگ کننده مراقبت شما از آنها برای کمک به شناسایی و شخصی کردن نیازهای مراقبت درمانی شما استفاده می‌کند تا مناسب شما باشد. شما می‌توانید با تماس با شماره زیر، با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

<p>1-888-548-5765. این تماس رایگان می‌باشد. 8:00am تا 6:00pm، دوشنبه تا جمعه ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که انگلیسی صحبت نمی‌کنند.</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>711 تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد. این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید. 8:00am تا 6:00pm، دوشنبه تا جمعه</p>	<p>TTY</p>
<p>Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806</p>	<p>مکاتبه</p>

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
- سوالات در مورد خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS)، شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS) و تسهیلات پرستاری (NF)

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)
- مراقبت پرستاری تخصصی

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتار درمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت درمانی در خانه
- خدمات حمایتی در خانه (IHSS) از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما
- گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت درمانی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.

بسته به کانتی که در آن زندگی می‌کنید و شرایط 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 اجاره‌نشینی و حفظ و نگهداری مسکن
- غذاهای کمکی یا خوراک بر اساس وضعیت پزشکی
- خدمات مراقبت فردی و خانهداری
- مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)
- استراحت مخصوص مراقبین
- مسکن کوتاه مدت پس از بستری شدن در بیمارستان، یا
- مراکز ترک اعتیاد



C. برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (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 سلامت (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 دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نیست.

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

برای دریافت کمک با HICAP 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 7 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، 7 روز هفته</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که انگلیسی صحبت 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، 7 روز هفته</p>	<p>TTY</p>



E. خط بحران سلامت رفتاری

<p>خط بحران سلامت رفتاری Los Angeles 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 انگلیسی صحبت نمی‌کنند.</p> <p>خط بحران و دسترسی San Diego کانتی 1-888-724-7240 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که انگلیسی صحبت نمی‌کنند.</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، 7 روز هفته</p>	<p>TTY</p>

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 سلامت 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 08:00am تا 5:00pm، دوشنبه تا جمعه، 11:00am تا 3:00pm، شنبه و یکشنبه و 7:00am تا 3:30pm 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 10820 Guilford Road, Suite 202 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 زود هنگام 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) زود هنگام خاتمه پیدا می‌کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 (به عبارتی 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 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 فوق‌الذکر 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>

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



Medi-Cal .H

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

مزایای Medi-Cal شامل خدمات 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.

<p>1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه 8am تا 6pm</p>	<p>تماس تلفنی با</p>
<p>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.</p>	<p>TTY</p>
<p>CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850</p>	<p>مکاتبه</p>
<p>www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</p>	<p>وبسایت</p>

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

دفتر بازرس کل به عنوان مدافع شما عمل می‌کند. اگر مشکلی یا شکایتی دارید، آنها می‌توانند به سوال‌های شما پاسخ دهند و می‌توانند به شما کمک کند بفهمید که چه کاری باید انجام دهید. دفتر بازرس 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 می‌باشد. دوشنبه تا جمعه، بین 8:00am و 5:00pm.
TTY	711 این تماس رایگان می‌باشد.
مکاتبه	California Department of Social Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

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



ل. خدمات اجتماعی پزشکی

اگر در مورد خدمات حمایتی در خانه (IHSS)، به روز کردن اطلاعات Medi-Cal، یا مزایای احراز شرایط احراز و تمدید Medi-Cal و مزایای تمدید نیاز به کمک دارید، با آژانس خدمات اجتماعی محلی Los Angeles یا San Diego کانتی 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 کانتی Los Angeles یک مرکز خدمات مشتری (CSC) دارد که خدمات را به 33 دفتر منطقه‌ای ارائه می‌دهد. ساعات کاری ما، دوشنبه تا جمعه، از 7:30am تا 6:30pm 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 2855 E. Olympic Blvd. 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 بهداشت و انسانی San Diego کانتی از ساعت 8:00am تا 5:00pm و از 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. 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>

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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



K. آژانس خدمات بهداشت رفتاری کانتی

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

<p>Los Angeles کانتی</p> <p>1-800-854-7771 این تماس رایگان است.</p> <p>24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که انگلیسی صحبت نمی‌کنند.</p> <p>San Diego کانتی</p> <p>1-888-724-7240 این تماس رایگان است.</p> <p>24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که انگلیسی صحبت 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، 7 روز هفته.</p>	<p>TTY</p>

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

- سوالات در مورد خدمات بهداشت روانی تخصصی عرضه شده توسط کانتی
- سوالات در مورد خدمات اختلال مصرف مواد مخدر ارائه شده توسط کانتی
- خدمات بهداشت روانی تخصصی شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نمی‌شود:
 - 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

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



L. سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده کالیفرنیا

سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده 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 8:00am تا 6:00pm 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 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-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.

M1. Extra Help

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.

تماس تلفنی با	1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227)
TTY	1-877-486-2048 این تماس رایگان می‌باشد. این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.
وبسایت	www.medicare.gov

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 در سهمیم شدن در هزینه نسخه از طریق ADAP کالیفرنیا هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر، با ADAP کالیفرنیا با شماره (844) 421-7050، از 8am تا 5pm، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید یا از وب سایت آنها به آدرس زیر بازدید کنید:
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 برنامه‌ها را تغییر دهید، لطفاً به مددکار محلی ثبت نام ADAP اطلاع دهید تا بتوانید برای اطلاعات در مورد معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت نام در این برنامه، به دریافت کمک ادامه دهید، لطفاً با ADAP کالیفرنیا با شماره (844) 421-7050، از 8am تا 5pm، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید یا از وب سایت آنها بازدید کنید: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



N. تامین اجتماعی (Social Security)

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>تماس با این شماره رایگان است. در دسترس از 8:00am تا 7:00pm، دوشنبه تا جمعه. 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 1-800-772-1213</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 1-800-325-0778</p>
<p>www.ssa.gov</p>	<p>وبسایت</p>

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



O. 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 9am تا 3:30pm، دوشنبه، سه شنبه، پنج شنبه و جمعه، و از 9am تا 12pm 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>

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



P. سایر منابع

برنامه بازرسی 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 بازرسی کل Medicare Medi-Cal در زمینه شکایات، تجدیدنظرها و رسیدگی‌ها به شما کمک می‌کند. شماره تلفن بازرسی کل 1-855-501-3077 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

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

<p>1-800-322-6384</p> <p>این تماس رایگان است.</p> <p>نمایندگان Medi-Cal Dental FFS Program برای کمک به شما از ساعت 8:00am تا 5:00pm، 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>smilecalifornia.org</p>	<p>وبسایت</p>

به جای **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 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، 8:00am تا 6:00pm تماس بگیرید. این تماس رایگان است. مخاطبین تماس DMC نیز در اینجا در دسترس هستند: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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

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 صورتحساب 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 کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات درباره خدمات و تامین کنندگان 46
- B. مقررات دریافت خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد 46
- C. هماهنگ کننده مراقبت شما 47
- C1. هماهنگ کننده مراقبت چیست 47
- C2. شما چطور می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید 48
- C3. شما چطور می‌توانید هماهنگ کننده مراقبت خود را تغییر دهید 48
- D. دریافت مراقبت از تامین کنندگان 48
- D1. دریافت مراقبت از ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) 48
- D2. دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه کنندگان 50
- D3. وقتی یک تامین کننده شبکه ما را ترک می‌کند 51
- D4. ارائه کنندگان خارج از شبکه 52
- E. خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) 53
- F. خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد) 54
- F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal ارائه شده در خارج از برنامه درمانی ما 54
- G. خدمات حمل و نقل 57
- G1. حمل و نقل پزشکی در موقعیت‌های غیراورژانسی 57

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



- 58.....G2. حمل و نقل غیر پزشکی.....
- 59.....H. خدمات تحت پوشش در موارد ضرورت پزشکی، در صورتی که فوراً نیاز باشند، یا در دوره یک مصیبت.....
- 59.....H1. مراقبت در وضعیت اضطراری پزشکی.....
- 60.....H2. مراقبت با نیاز فوری.....
- 61.....H3. مراقبت در دوره مصیبت.....
- 61.....I. اگر برای خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد، مستقیم صورتحساب دریافت کنید، باید چه کاری انجام دهید.....
- 61.....I1. اگر برنامه ما خدمات را پوشش نداد باید چه کاری انجام دهید.....
- 62.....J. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی.....
- 62.....J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی بالینی.....
- 63.....J2. پرداخت برای خدمات در هنگام شرکت در پژوهش بالینی.....
- 63.....J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی.....
- 63.....K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما در یک سازمان مراقبت درمانی غیر پزشکی مذهبی هستند چگونه است.....
- 63.....K1. تعریف سازمان مراقبت درمانی غیر پزشکی مذهبی.....
- 63.....K2. مراقبت از یک سازمان مراقبت درمانی غیر پزشکی مذهبی.....
- 64.....L. وسایل بادوام پزشکی (DME).....
- 64.....L1. DME به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما.....
- 65.....L2. مالکیت DME در مواقعی که شما به Original Medicare تغییر می‌دهید.....
- 65.....L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما.....
- 65.....L4. وسایل اکسیژن در مواقعی که شما به Original Medicare یا یک برنامه (MA Medicare Advantage) تغییر می‌دهید.....
- 66.....



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** کتابچه راهنمای اعضا شما ارائه شده‌اند. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه دار و بدون نسخه در **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضای 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. شبکه ارائه کنندگان برای مراقبتی که به شما می‌دهند مستقیماً برای ما صورتحساب ارسال می‌کنند. هنگامی که 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 بیشتر خدمات 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 بیشتر 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 کتابچه راهنمای 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.
 - PCPهای برنامه درمانی ما، با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. هنگامی که 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.

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- شما برای مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد یا استفاده از ارائه کننده خدمات درمانی زنان یا هر یک از خدمات فهرست شده در بخش D1 این فصل، به معرفی PCP خود نیازی ندارید.
 - **شما باید از ارائه کنندگان شبکه‌ای مراقبت دریافت کنید که با گروه پزشکی PCP شما وابستگی دارند.** معمولاً ما مراقبت ارائه شده از سوی ارائه کننده‌ای 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 شخصا هزینه کامل پرداخت کنید. در اینجا چند مورد ذکر می‌شوند که این قاعده اطلاق پذیر نمی‌باشد:
 - ما مراقبت اضطراری یا فوری مورد نیاز از یک تامین کننده 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 ارائه کنندگان شبکه ما نمی‌توانند در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید مراقبت را از ارائه کننده 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 ارائه کننده 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 تامین کننده شما موقتا 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 تامین کنندگان خود ادامه دهید. اگر بتوانیم تایید کنیم که شما با تامین کنندگان از قبل در ارتباط بوده‌اید، غیر از چند استثناء، باید این درخواست را تایید کنیم. به **فصل 1 کتابچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید. اگر ما درخواست شما را تایید کنیم، شما می‌توانید به ادامه استفاده از تامین کنندگانی که برای دریافت خدمات استفاده می‌کنید تا 12 ماه ادامه دهید. در طول این مدت، هماهنگ کننده مراقبت شما با شما تماس خواهد گرفت تا برای پیدا کردن ارائه کنندگان وابسته به گروه پزشکی PCP به شما کمک کند. بعد از 12 ماه، اگر به استفاده از تامین کنندگانی ادامه دهید که در شبکه ما نیستند، و با گروه پزشکی PCP شما وابستگی ندارد، ما دیگر مراقبت شما را پوشش نخواهیم داد.
- اعضای 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 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 وی به عنوان مخاطب اول و منبع اطلاعاتی برای شما عمل خواهد کرد. پس از ثبت نام، یک هماهنگ کننده مراقبت با شما تماس خواهد گرفت تا خود را معرفی کند و به شما در ارزیابی ریسک سلامت کمک کند تا نیازهای مراقبت درمانی خود را شناسایی کنید.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

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

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

برای درخواست تغییر هماهنگ کننده مراقبت خود، می‌توانید از ساعت 8:00am تا 6:00pm و از دوشنبه تا جمعه با شماره 1-888-548-5765 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. هنگامی که 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 می‌باشد که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی پایه به شما کارآموزی دیده است. PCP می‌تواند یک پزشک خانواده، پزشک عمومی، ارائه کننده طب داخلی، پزشک زنان و زایمان و در صورت درخواست یک متخصص باشد. در صورتی می‌توانید یک متخصص را به عنوان PCP خود انتخاب کنید که وی موافقت کند همه خدماتی که PCP معمولاً ارائه می‌کند را ارائه کند. برای اینکه درخواست کنید متخصص شما PCP باشد، با خدمات مشتریان 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 می‌تواند مابقی خدمات مورد نیاز تحت پوشش را نیز هماهنگ کند. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:

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

PCP‌ها در 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. هنگامی که 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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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. هنگامی که 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

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

شما برای انتخاب PCP 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 خدمات مشتری Blue Shield TotalDual 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). اگر متخصص یا بیمارستان خاصی هست که می‌خواهید استفاده کنید، ببینید که آیا با گروه پزشکی PCP شما وابستگی دارند یا خیر. می‌توانید به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید یا از خدمات مشتری بپرسید که آیا PCP که می‌خواهید به آن متخصص ارجاع می‌دهد یا از آن بیمارستان استفاده می‌کند.

گزینه‌ی تغییر PCP شما

شما می‌توانید به هر دلیل و در هر زمان PCP خود را تغییر دهید. همچنین، 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.



PCP های برنامه درمانی ما، با گروه‌های 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 هنگامی که خارج از منطقه خدماتی برنامه درمانی ما هستید).
- **توجه:** مراقبت فوری موردنیاز باید بلافاصله موردنیاز بوده و از نظر پزشکی ضروری باشد.
- خدمات دیالیز کلیه که هنگامی که در خارج منطقه سرویس دهی برنامه درمانی ما هستید، از مرکز دیالیز مجاز Medicare دریافت می‌کنید. اگر قبل از ترک منطقه خدماتی با خدمات مشتری تماس بگیرید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دیالیز را هنگامی که در خارج منطقه هستید دریافت کنید.
- واکسن آنفولانزا و واکسن COVID-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.
- علاوه بر این، اگر عضو سرخپوست آمریکایی هستید، می‌توانید خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کننده مراقبت درمانی سرخپوستان به انتخاب خود دریافت کنید، بدون اینکه به ارجاع از یک PCP شبکه یا اجازه قبلی نیاز داشته باشید.

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.



هنگامی که به خدمات مراقبت تخصصی یا اضافی نیاز دارید که PCP شما نمی‌تواند ارائه کند، وی شما را ارجاع خواهد داد. زمانیکه این ارجاع مورد تصویب گروه پزشکی PCP شما قرار گرفت، می‌توانید با متخصص یا ارائه‌کننده دیگر وقت ویزیت بگذارید تا درمان مورد نیاز را دریافت کنید. هنگامی که 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 تامین‌کننده شبکه ما را ترک می‌کند

تامین‌کننده 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 تامین‌کنندگان ما در طول سال تغییر کند، ما باید به شما دسترسی بدون وقفه به تامین‌کنندگان مجرب بدهیم.
- ما به شما اطلاع خواهیم داد که تامین‌کننده شما در حال ترک برنامه درمانی ما است تا شما زمان برای انتخاب یک تامین‌کننده جدید داشته باشید.
- اگر تامین‌کننده مراقبت اولیه یا سلامت رفتاری شما، برنامه درمانی ما را ترک کند، اگر شما در سه سال گذشته آن تامین‌کننده 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 تریابی با تامین کننده فعلی خود دارید، حق درخواست دارید و ما با شما همکاری خواهیم کرد تا اطمینان پیدا کنیم که درمان‌ها و تریابی‌های 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 8:00am تا 8:00pm، 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 سلامت در خانه و وسائل 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. PCP 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 سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- اگر از ارائه‌کننده‌ای استفاده کنید که برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را بپردازید.
- ارائه‌کنندگان 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 درمانی 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
- درمان شغلی
- گفتار درمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- 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، تامین‌کننده شما می‌تواند شما را معرفی کند یا شما می‌توانید با خدمات مشتری یا هماهنگ‌کننده 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 اجاره‌نشینی و حفظ و نگهداری مسکن
- غذاهای کمکی یا خوراک بر اساس وضعیت پزشکی
- خدمات مراقبت فردی و خانهداری
- مراقبت بهبودی بخش (استراحت پزشکی)
- استراحت مخصوص مراقبین
- مسکن کوتاه مدت و پس از بستری شدن در بیمارستان
- مراکز ترک 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 Los Angeles کانتی (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی Los Angeles کانتی (LACDPH) و خدمات سلامت رفتاری San Diego 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 Los Angeles کانتی (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی Los Angeles کانتی (LACDPH)، و خدمات سلامت رفتاری San Diego 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 سلامت روانپزشکی



- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات رفتار درمانی
- هماهنگ سازی مراقبت فشرده
- خدمات فشرده برپایه محیط خانه

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

- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
- درمان اختلال مصرف مواد به صورت بستری در دوره بارداری
- خدمات درمانی برای بیماران سرپایی
- برنامه مداوای مواد مخدر
- داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات حمایتی توسط همکاران

خدمات سیستم توزیع ساختارمند Drug Medi-Cal شامل:

- خدمات درمانی برای بیماران سرپایی
- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
- داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات مداوای در منزل
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه مداوای مواد مخدر
- خدمات ریکاوری
- 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 ارائه‌کننده تحت قرارداد ارجاع دهید و همچنین می‌توانید توسط PCP، عضو خانواده و غیره ارجاع داده شوید. هیچ دسترسی به خدمات "دریچه اشتباهی" وجود ندارد. شما می‌توانید برای دریافت خدمات با مراکز 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 Los Angeles، جلوگیری و کنترل مصرف مواد (لطفاً با شماره 888-742-7900 (TTY: 711) به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته)
- خدمات سلامت رفتاری San Diego کانتی - خدمات اختلال مصرف مواد (لطفاً با شماره 888-724-7240 (TTY: 711) به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته)
- 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 ارائه‌کننده مجاز مربوطه مشخص می‌شود. معیار ضرورت پزشکی توسط هر دوی Blue Shield TotalDual Plan و کانتی استفاده می‌شود، توسط کارشناسان سلامت رفتاری و ذی‌نفعان 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 تامین‌کننده ارجاع‌کننده 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. برای کسب اطلاعات در مورد روند تجدیدنظر، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



G. خدمات حمل و نقل**G1. حمل و نقل پزشکی در موقعیت‌های غیراورژانسی**

شما در صورتی برای حمل و نقل غیراورژانسی 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 غیراورژانسی پزشکی می‌توان برای خدمات تحت پوشش از قبیل قرارهای ویزیت پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت روانی، سوء مصرف مواد و داروخانه استفاده کرد. اگر به حمل و نقل پزشکی غیراضطراری نیاز دارید، می‌توانید با ارائه‌کننده خود یا ارائه‌کننده حمل و نقل ما، **Call the Car** تماس بگیرید. تامین‌کننده شما یا ارائه‌کننده حمل و نقل ما، **Call The Car** می‌تواند به شما کمک کند درباره بهترین حمل و نقل مناسب نیازهای‌تان تصمیم بگیرید.

حمل و نقل غیراورژانسی پزشکی شامل یک آمبولانس، ون برانکار، ون صندلی چرخدار یا حمل و نقل هوایی می‌شود. هنگامی که 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 غیراورژانسی 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 غیراورژانسی پزشکی باید در موارد زیر استفاده شود:

- شما از نظر فیزیکی و پزشکی طبق مجوز کتبی تامین‌کننده 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 به صورت 24 ساعت و 7 روز هفته. از برنامه همراه **CTC Go** می‌توان برای برنامه‌ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزرواسیون‌های صندلی چرخدار استفاده کرد. برنامه همراه **CTC Go** نمی‌تواند برای حمل و نقل گارنی استفاده شود و شما باید برای رزرواسیون‌ها با آن تماس بگیرید. **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 ارائه‌کننده که قرار ویزیت موجود باشد ارائه می‌کند. اگر **Medicare** یا **Medi-Cal** سرویس را پوشش ندهند، حمل و نقل پزشکی ارائه 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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



G2. حمل و نقل غیرپزشکی

مزایای حمل و نقل غیرپزشکی 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:

- 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 غیرپزشکی خود استفاده کنید. Blue Shield TotalDual Plan از Call the Car برای حمل و نقل غیرپزشکی استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین نوع حمل و نقل غیرپزشکی 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 با شماره (TTY: 711) 1-877-433-2178 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. 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 سفر با Call the Car به شماره (TTY: 711) 1-877-433-2178 به صورت 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، حداقل بیست و چهار (24) ساعت قبل از قرار خود تماس بگیرید. از برنامه همراه CTC Go می‌توان برای برنامه‌ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزرواسیون‌ها استفاده کرد.

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.

توجه: اعضای سرخپوست آمریکایی می‌توانند با درمانگاه محلی بهداشت سرخپوستان خودشان تماس گرفته و برای حمل و نقل غیرپزشکی درخواست کنند.

حدود حمل و نقل غیرپزشکی

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 غیرپزشکی به موارد زیر اطلاق نمی‌شود:

- آمبولانس، ون بیماربر، ون صندلی چرخدار یا روش دیگری از حمل و نقل پزشکی غیراضطراری 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 نمی‌تواند 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 جدی است که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرید، شما یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای 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) 1-877-433-2178 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. تلفن خدمات مشتری ما روی کارت عضویت شما هست.

خدمات تحت پوشش در وضعیت اضطراری پزشکی

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



Blue Shield TotalDual Plan خدمات مراقبت اضطراری و فوری را در سطح جهان در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن در شرایط زیر بدون محدودیت ترکیبی سالیانه پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایای پزشکی در فصل 4، بخش D این سند 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 کتابچه راهنمای 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 بیماری یا مصدومیت پیش بینی نشده داشته باشید.

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 با توجه به زمان، محل یا شرایط شما، نمی‌توانید یا منطقی نیست که نزد یک ارائه کننده شبکه بروید، ما مراقبتی که نیاز فوری دارد را از 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

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

طرح ما خدمات مراقبت اضطراری و مراقبت موردنیاز فوری را در سطح جهان، در خارج از ایالات متحده در شرایط زیر و بدون محدودیت ترکیبی سالانه 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)، به صورت 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، شخصا 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/emergencypolicy

در دوره مصیبت اعلام شده، اگر شما نتوانید از تامین کننده شبکه استفاده کنید، می‌توانید از تامین کنندگان 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** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

اگر ارائه کننده، 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** کتابچه راهنمای 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:

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- که تشخیص داده شده ضروری هستند، و
 - که در جدول مزایای برنامه درمانی ما فهرست شده‌اند (به **فصل 4 کتابچه راهنمای 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 شخصاً 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** کتابچه راهنمای 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 شخصاً 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.

ل. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی

ل1. 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 مشخص شده است و نیاز به پوشش با توسعه شواهد (NCDs-CED) و مطالعات معافیت دستگاه تحقیقاتی (IDE) دارد و ممکن است مشمول مجوز قبلی و سایر مقررات برنامه درمانی باشد.
- 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 شونده‌گان پوشش دارد، ما از شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌خواهیم که با مرکز مشتری تماس بگیرد و به ما اطلاع دهد که شما قصد شرکت در یک آزمایش بالینی دارید.

J2. پرداخت برای خدمات در هنگام شرکت در پژوهش بالینی

اگر شما در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی داوطلب شوید که Medicare تایید می‌کند، شما بابت خدمات تحت پوشش در مطالعه چیزی پرداخت نمی‌کنید. Medicare بابت خدمات تحت پوشش در این مطالعه و هزینه‌های روتین مرتبط با مراقبت خود پرداخت می‌کند. هنگامی که 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 هستید 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 مجوز 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 بیمار در 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 تزریقی درون رگی (IV)، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نیولایزرها و واکرها.

شما همیشه صاحب برخی اقلام از قبیل پروتز هستید.

در این بخش، ما در مورد DME اجاره‌ای 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 تزریقی/تغذیه تزریقی دارید
- گواهی پزشک
- اگر وسیله یا تجهیزات طوری ساخته شده باشد که مناسب شما باشد

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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 2025 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-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) 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 هنگامی که 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 اقساط 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 هنگامی که به Original Medicare یا یک برنامه MA برمی‌گردید وجود ندارد.

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضوی 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 چیزی 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 طرح درمانی ما نیست. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفباء، در آخرین فصل کتابچه 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 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 با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



فهرست مطالب

69	A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه پرداخت شده از جیب شما
69	B. مقرراتی علیه تامین کنندگانی که از شما بابت خدمات هزینه دریافت می‌کنند
69	C. درباره جدول مزایای برنامه درمانی ما
72	D. جدول مزایای برنامه درمانی ما
118	E. جدول مزایای دندانپزشکی تحت پوشش
124	F. حمایت‌های جامعه محلی
126	G. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه درمانی ما
126	G1. طرح انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)
127	G2. Medi-Cal Dental
128	G3. مراقبت قبل از فوت
128	G4. خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)
129	G5. 1915(c) برنامه‌های معافیتی خدمات برپایه جامعه و منزل (HCBS)
132	G6. خدمات بهداشت رفتاری کانتی ارائه شده در خارج از برنامه ما (خدمات بهداشت روانی و اختلال مصرف مواد)
134	H. این مزایا تحت پوشش طرح من، Medi-Cal یا Medicare نیست.



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** کتابچه راهنمای 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.

چون از Medi-Cal کمک دریافت می‌کنید، تا زمانی که از مقررات برنامه درمانی ما پیروی کنید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش خود پرداخت نمی‌کنید. برای جزئیات در مورد قوانین برنامه درمانی خود، به **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر نیاز به کمک در فهم خدمات تحت پوشش دارید، با هماهنگی 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** کتابچه راهنمای 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. شما تا زمانی که شرایط زیر را برآورده کنید، هیچ مبلغی را برای خدمات ذکر شده در جدول مزایا پرداخت نمی‌کنید.

- 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 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. 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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- برای ثبت نام کنندگان جدید، برنامه درمانی باید یک دوره انتقال حداقل 90 روزه را ارائه کند، که در طول آن زمان برنامه MA جدید ممکن است برای هیچ دوره درمان فعالی نیاز به مجوز قبلی نداشته باشد، حتی اگر دوره درمان برای خدماتی باشد که با یک ارائه کننده خارج از شبکه شروع شده 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 مراقبت موردنیاز فوری باشد یا مگر برنامه درمانی یا تامین کننده شبکه ما به شما معرفی‌نامه داده باشد. **فصل 3** کتابچه راهنمای 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** کتابچه راهنمای اعضا، اطلاعات بیشتری در مورد دریافت معرفی‌نامه 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.
- اگر برنامه درمانی شما تایید یک درخواست PA برای یک دوره درمان را ارائه کند، تایید باید تا زمانی معتبر باشد که از نظر پزشکی منطقی و لازم باشد تا از اختلال در مراقبت بر اساس معیارهای پوشش، سابقه پزشکی شما و توصیه‌های ارائه دهنده درمان جلوگیری شود.
- اگر مزایای Medi-Cal خود را ظرف دوره 6 ماهه واجد شرایط بودن که ادامه پیدا کرده از دست بدهید، مزایای Medicare شما در این برنامه ادامه پیدا خواهد کرد. ولی خدمات Medi-Cal شما ممکن است تحت پوشش نباشد. برای کسب اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن برای Medi-Cal با دفتر احراز شرایط احراز کانتی یا گزینه‌های مراقبت درمانی خود تماس بگیرید. شما می‌توانید مزایای Medicare خود را حفظ کنید، اما مزایای Medi-Cal خود را حفظ نمی‌کنید.
- Blue Shield TotalDual Plan برای ارائه مزایای خاص و سهم‌های ثابت بخش D پایین‌تر به عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) تایید شده است. اگر برای Extra Help واجد شرایط باشید، می‌توانید به همه مزایای ارائه شده به عنوان بخشی از برنامه VBID دسترسی پیدا کنید و هیچ هزینه‌ای را برای داروهای نسخه‌دار تحت پوشش بخش D پرداخت نخواهید کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای VBID ارائه شده، به توصیف مدل طراحی بیمه مبتنی بر ارزش در **فصل 4، بخش D** مراجعه کنید و برای اطلاعات در مورد نحوه کمک VBID به حذف سهم هزینه داروهای بخش D به **فصل 6، بخش C** مراجعه کنید.
- از آنجا که Blue Shield TotalDual Plan در برنامه VBID شرکت می‌کند، شما همچنین اطلاعات و پشتیبانی در مورد منابع برنامه‌ریزی مراقبت پیشرفته (ACP) را از هماهنگ کننده مراقبت یا ارائه دهنده خود در طول ویزیت سلامتی سالانه یا سایر ویزیت‌های معمول دریافت خواهید کرد.
- برنامه‌ریزی پیشرفته مراقبتی (ACP) به شما کمک می‌کند تا برای آینده آماده شوید و اگر نمی‌توانید برای خودتان تصمیم بگیرید، کمک خواهد کرد تا اطمینان حاصل شود خواسته‌های شما رعایت می‌شوند. ACP

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.




می‌تواند شامل تکمیل دستورالعمل‌های پیشرفته، تعیین وکالت‌نامه مراقبت‌های درمانی، تکمیل وصیت‌نامه در زمان حیات، دستورات پزشکی و موارد دیگر باشد.

- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات ACP، با هماهنگی کننده مراقبت Blue Shield خود به شماره 1-888-548-5765، از ساعت 8:00am تا 6pm، روزهای دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید یا در طول ویزیت بعدی با پزشک خود صحبت کنید.

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



D. جدول مزایای برنامه درمانی ما

مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$0	<p>معاینه تشخیص آنوریسم آنورت شکمی</p> <p>ما تنها یک بار 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>	
\$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، مثلا 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، می‌توانید با برنامه‌های ASH با شماره (800) 678-9133</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711), 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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>طب سوزنی (ادامه)</p> <p>[TTY:711]، دوشنبه تا جمعه، 5am تا 8pm، اول آوریل تا 30 سپتامبر و یکشنبه تا شنبه، 8am تا 8pm از 1 اکتبر تا 31 مارس. 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 برنامه‌های ASH را بیابید.</p>	
\$0	<p>خدمات تله هلث بیشتر*</p> <p>Teladoc مشورت با پزشک از طریق تلفنی یا ویدئویی به صورت 24/7/365 ارائه می‌دهد. پزشکان Teladoc می‌توانند بیماری‌های پزشکی پایه را تشخیص و درمان کنند و همچنین می‌توانند داروهای خاصی را تجویز کنند. Teladoc یک سرویس تکمیلی است که هدف آن جایگزینی تامین کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما نیست. لطفاً وارد 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 1-800-Teladoc یا به عبارتی [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>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 آمبولانس</p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه برای وضعیت اضطراری یا غیر اضطراری، شامل زمینی و هوایی است (هوایما 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.</p> <p>عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد.</p> <p>ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد و مسئولیت آن به عهده ارائه‌کننده شما است.</p>	
\$0	<p>معاینه بدنی سالانه</p> <p>شما برای یک معاینه بدنی سالانه روتین در هر 12 ماه، علاوه بر ویزیت تندرستی سالانه 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>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 پیشگیری از 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>	
\$0	<p>اندازه‌گیری 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 (کاردیاک)</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> <p><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></p>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 خطرات بیماری قلب و عروق</p> <p>ما هزینه یک ویزیت در سال یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی را با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) می‌دهیم تا به کاهش خطر بیماری قلبی برای شما کمک شود. در طول ویزیت، پزشک شما ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درباره استفاده از آسپرین 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 یک بار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسایی‌های 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 غیرعادی 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، یک بار در هر 5 سال 	
\$0	<p>خدمات کایروپراکتیک (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 سابلوکساسیون 	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 [TTY: 711] 678-9133 (800) 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه، 5am تا 8pm و 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای یکشنبه تا شنبه، 8am تا 8pm، 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 برنامه‌های ASH را بیابید.</p> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>
<p>\$0</p>	<p>معاینه تشخیص سرطان کولورکتال </p> <p>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 سیگموئیدوسکوپی 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. • سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. یک بار در هر 120 ماه برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند، بعد از آنکه بیمار یک کولونوسکوپی غربالگری انجام داد. یک بار در هر 48 ماه برای بیماران پرخطر بعد از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا تنقیه باریوم <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p style="text-align: center;">معاینه تشخیص سرطان کولورکتال (دامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. یک بار در هر 12 ماه. • DNA مدفوع چندمنظوره برای بیماران 45 تا 85 سالی که معیار پرخطر را ندارند. یک بار در هر 3 سال. • آزمایش‌های بیومارکر مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 سال که معیار پرخطر را ندارند. یک بار 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 سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند و 45 سال یا بالاتر دارند. یک بار در حداقل 48 ماه بعد از آخرین غربالگری تنقیه باریوم یا غربالگری سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر. <p>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>
\$0	<p style="text-align: center;">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>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>شما \$0 برای خدمات تحت پوشش پرداخت می‌کنید (هنگامی که از دندانپزشک درون شبکه دریافت شوید).</p> <p>برای خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medicare، لطفاً به خدمات پزشک/کارور پزشکی شامل بخش ویزیت‌های مطب پزشک در جدول مزایای پزشکی مراجعه کنید.</p> <p>برای خدمات دندانپزشکی فاقد پوشش Medicare، لطفاً به جدول درمان‌های مزایای دندانپزشکی مراجعه کنید. این جدول شامل فهرستی از درمان‌های دندانپزشکی تحت پوشش، هزینه‌ای که برای هر درمان پرداخت می‌کنید و هرگونه محدودیت مزایا است. هنگامی که از دندانپزشک درون شبکه دریافت شوید، شما \$0 برای خدمات تحت پوشش پرداخت می‌کنید.</p>	<p>خدمات دندانپزشکی</p> <p>ما هزینه برخی خدمات دندانپزشکی مشخص از جمله ولی نه محدود به خدمات ترمیمی محدود (روکش) و خدمات پروتز دندان (دندان مصنوعی) را پرداخت می‌کنیم. مواردی که ما پوشش نمی‌دهیم از طریق Medi-Cal Dental، موجود است که در G2 زیر توضیح داده 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 دندانی بعد از پیوند کلیه.</p> <p>به طور کلی، خدمات دندانپزشکی پیشگیرانه (مثل جرم‌گیری، معاینات عادی دندانپزشکی و تصویربرداری با اشعه ایکس دندانی) تحت پوشش Original Medicare نیست. با این حال، Medicare در حال حاضر هزینه خدمات دندانپزشکی را شرایط محدودی پرداخت می‌کند، به ویژه اگر آن خدمات بخش مهمی از درمان خاص وضعیت پزشکی اولیه ذینفع باشد. 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 دندانی بعد از پیوند کلیه. علاوه بر این، ما برخی از خدمات جامع دندانپزشکی را پوشش می‌دهیم*.</p> <p>جدول مزایای دندانپزشکی (که در این فصل بعد از جدول مزایای پزشکی قرار دارد) روال‌های خاص دندانپزشکی تحت پوشش این مزایا را نشان می‌دهد. این روال‌های درمانی در صورت ارائه شدن توسط یک دندانپزشک دارای مجوز درون شبکه، و در صورتی که طبق استانداردهای پذیرفته شده عمومی تخصص دندانپزشکی، لازم و مرسوم باشد، جزو مزایای تحت پوشش هستند. اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به خدمات تحت پوشش، بعد از جدول مزایای دندانپزشکی قرار دارد.</p> <p>ممکن است همه خدمات تحت پوشش برای همه مناسب نباشند. شما باید برای تعیین مراقب مناسب خود، به شبکه دندانپزشک خود تکیه کنید. محدودیت‌های مزایا، مجوز قبلی و یا ارجاع ممکن است برای برخی از خدمات دندانپزشکی اعمال شود.</p> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> <p>همچنین به عنوان یک عضو واجد شرایط دوگانه، Medi-Cal (Medicaid) برخی از خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد. بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند. اطلاعات بیشتر در وب سایت SileCalifornia.org موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدماتی مانند موارد زیر است اما محدود به آنها نمی‌شود:</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medi-Cal (Medicaid)، به کتابچه راهنمای اعضای <i>Medi-Cal Dental</i> در وب سایت <i>Medi-Cal Dental /smilecalifornia.org</i> مراجعه کنید. شما برای خدمات دندانپزشکی تحت پوشش \$0 پرداخت می‌کنید.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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>برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در <i>Medi-Cal Dental</i>، یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که <i>Medi-Cal</i> را بپذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان <i>Medi-Cal Dental</i> برای کمک به شما از ساعت 8:00am تا 5:00pm، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از وب سایت smilecalifornia.org بازدید کنید.</p>	
<p>\$0</p>	<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>	
<p>\$0</p>	<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 (هایپرنتنشن) • 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>شما ممکن است برای حداکثر دو معاینه تشخیص دیابت هر 12 ماه پس از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت واجد شرایط باشید.</p>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 وسائل 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 غیرسفارشی 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> <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>	
<p>\$0</p>	<p>خدمات قابله</p> <p>ما به افرادی که باردار هستند، تعداد 9 ویزیت با قابله در دوره بارداری و بعد از زایمان و همچنین پشتیبانی در طول زایمان و وضع حمل ارائه می‌کنیم.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0</p> <p>مانیتورهای گلوگز خون:</p> <p>0\$ بابت مانیتورهای گلوگز خون FreeStyle® و 20% سهم درصدی بابت مانیتورهای گلوگز خون سایر تولیدکنندگان.</p> <p>هر بار سهم هزینه شما برای پوشش تجهیزات اکسیژن Medicare برابر با \$0 است.</p> <p>سهم هزینه شما بعد از ثبت نام به مدت 36 ماه تغییر نخواهد کرد.</p>	<p>تجهیزات با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه</p> <p>برای تعریف «تجهیزات بادوام پزشکی (DME)» به فصل 12 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.</p> <p>اقلام زیر را تحت پوشش قرار می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صندلی چرخدار، شامل صندلی چرخدار برقی • چوب زیر بغل • سیستم‌های تشک برقی • پد فشار خشک و بیژن 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>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> <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>



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 بیماران 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 (معاف از پرداخت 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 جدی است که اگر مراقبت فوری دریافت نشود، هر کسی با دانشم توسط در مورد بهداشت 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 و قلمروهای آن ندارید.</p> <p>*خدمات در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>
<p>\$0</p>	<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 تشخیصی • روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD)، کاشت، تزریق، قرص‌های کنترل بارداری، پیچ، یا حلقه) <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
	<p>خدمات تنظیم خانواده (دامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • لوازم و نسخه تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • خدمات باروری محدود مانند مشاوره و آموزش در مورد تکنیک‌های آگاهی از باروری، و / یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، آزمایش و درمان برای عفونت‌های انتقال یابنده از راه جنسی (STIها) • مشاوره و آزمایش HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV. • عقیم سازی دائمی (شما باید 21 سال به بالا باشید تا این روش تنظیم خانواده را انتخاب کنید). شما باید یک فرم رضایت عقیم سازی فدرال را حداقل 30 روز، ولی کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضا کنید). • مشاوره ژنتیک • ما هزینه برخی خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. ولی شما باید به ارائه کننده‌ای در شبکه ارائه کنندگان ما برای خدمات زیر استفاده کنید: • مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی بارداری شدن نمی‌شود). • مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV • آزمایش ژنتیک 	
\$0	<p>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی*</p> <p>ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض سلامت خاصی تمرکز دارند. شامل موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلاس‌های آموزش‌های سلامت؛ • 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 سلامت در قالب کتبی، از جمله خبرنامه درخواست کنید. • برنامه‌های آموزشی <p>برنامه‌های آموزشی که بر روی عوارض سلامت تمرکز دارند.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی (ادامه)</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 محرمانی 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. تماس با شماره (TTY: 711) 1-877-304-0504 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.</p> <p>تناسب اندام SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers می‌تواند به شما کمک کند سالم‌تر زندگی کنید و با تناسب اندام و روابط اجتماعی زندگی فعال‌تری داشته باشید. شما از طریق مکان‌های مشارکت کننده¹ 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 مشارکت کننده 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 به³ Stitch 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 8am تا 8pm به وقت شرق تماس بگیرید.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی (ادامه) همیشه قبل از شروع برنامه تمرینی با پزشک خود صحبت کنید.</p> <p>مکان‌های مشارکت کننده¹ ("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>3 Stitch 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 سفارش PERS و شروع دریافت خدمات، با تیم LifeStation به شماره (TTY: 711) 1-855-672-3269 دوشنبه تا جمعه، 5:00am تا 6:00pm به وقت PST و شنبه 6:00am تا 6:00pm به وقت PST، یا از blueshieldca.com/login بازدید کنید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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>● \$0، تا حداکثر \$1,500 کمک هزینه در سال برای خدمات سمعک تحت پوشش</p>	<p>خدمات شنوایی</p> <p>ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن انجام شده توسط ارائه‌کننده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به مداوای پزشکی نیاز دارید. هنگامی که این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌کنندگان 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>○ شما یک کمک هزینه سالانه \$1,500 برای حداکثر دو سمعک و دو بار اندازه‌کردن سمعک و ارزیابی دارید (مربوط به هر دو گوش با هم). شما می‌توانید این خدمات را از تامین‌کننده سمعک انتخابی خودتان دریافت کنید.</p> <p>○ این کمک هزینه را نمی‌توان از یک سال به سال دیگر منتقل کرد.</p> <p>فوق‌العاده خدمات سمعک و خواربار سالم را نمی‌توان با هم ترکیب کرد. هر مزایا یک کمک هزینه جداگانه دارد.</p> <p>شما نامه‌ای را از مدیر مزایا به همراه کارت مزایای شخصی خود دریافت خواهید کرد. این نامه به شما اطلاع خواهد داد که مبلغ فوق‌العاده در کارت شما واریز شده است. همچنین اطلاعاتی را در مورد نحوه دسترسی به جزئیات بیشتر در مورد مزایا از طریق تلفن، وب سایت یا برنامه تلفن همراه ارائه می‌دهد.</p> <p>+Healthy Benefits یک کارت مصارف است که در آن مزایای شما از قبل روی کارت بارگذاری شوند تا به پرداخت هزینه اقلام و خدمات تحت پوشش کمک شود.</p> <p>برای سوالات مربوط به این مزیت، می‌توانید با مدیر مزایا به شماره [TTY: 771] (855) 572-6341 از ساعت 8am تا 8pm به وقت محلی، روزهای یکشنبه تا شنبه، از 1 اکتبر تا 31 مارس و دوشنبه تا جمعه، 1 آوریل تا 30 سپتامبر. همچنین می‌توانید برای جزئیات بیشتر به وب سایت HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA مراجعه کنید.</p> <p>*خدمات در رابطه با محدودیت پرداخت از جیب برنامه اعمال نمی‌شود.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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	
	<p>خدمات شنوایی (ادامه)</p> <p>ما هزینه سمعک را هنگامی که توسط پزشک یا ارائه کننده واجد شرایط دیگری تجویز شده باشد نیز پرداخت می‌کنیم که شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قالب، لوازم و جاسازی • تعمیرات • 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 	
\$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 تامین کننده شما را نیز پرداخت می‌کنیم.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0 بابت هر ویزیت سلامت تحت پوشش در خانه</p>	<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 <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>
<p>0\$ بابت هر ویزیت تزریق درمانی در خانه تحت پوشش</p>	<p>درمان‌های تزریق در خانه</p> <p>برنامه درمانی ما بابت درمان‌های تزریق 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. <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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>\$0 برای خدمات مشاوره آسایشگاه بیماران رو به مرگ (فقط یک بار)</p>	<p>مراقبت قبل از فوت</p> <p>اگر ارائه‌کننده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما پیش‌نشانه‌های پایان زندگی را دارید، شما حق انتخاب آسایشگاه بیماران رو به فوت را دارید. این بدان معنی است که شما یک بیماری لاعلاج دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر زنده بماند. شما می‌توانید از هر برنامه آسایشگاهی بیماران رو به مرگ 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 مرگ شما می‌تواند ارائه‌کننده داخل شبکه یا ارائه‌کننده 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>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><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
	<p style="text-align: center;">مراقبت قبل از فوت (ادامه)</p> <p>برای خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما که تحت پوشش Medicare بخش A یا B نیست:</p> <ul style="list-style-type: none"> برنامه درمانی ما، خدمات تحت پوشش برنامه درمانی که تحت پوشش Medicare بخش A یا B نیست را پوشش خواهد داد. ما خدمات را علیرغم اینکه به تشخیص لا علاج 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 به طور هم‌زمان توسط آسایشگاه بیماران رو به فوت و برنامه درمانی ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. <p>توجه: اگر بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید که مراقبت تیمی بیمار و خانواده محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می‌کند. شما ممکن است مراقبت تسکینی را به طور هم‌زمان با مراقبت درمانی/عادی دریافت کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش مراقبت تسکینی در زیر مراجعه کنید.</p> <p>توجه: اگر به مراقبت‌هایی غیر از مراقبت قبل از فوت نیاز دارید، با هماهنگی کننده مراقبت خود و یا خدمات مشتری تماس بگیرید تا اقدامات لازم برای این خدمات را ترتیب دهد. مراقبت غیر نوانخانه‌ای به تشخیص لا علاج شما مربوط نمی‌شود.</p> <p>برنامه ما خدمات مشاوره آسایشگاه بیماران رو به فوت (فقط یک بار) را برای عضوی که بیماری لا علاج دارد و مزایای آسایشگاه بیماران رو به فوت را انتخاب نکرده پوشش می‌دهد.</p> <p style="text-align: center;"><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></p>	
\$0	<p style="text-align: center;">واکسیناسیون</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> واکسن ذات‌الریه واکسن آنفولانزا/آنفولانزا، یک بار در هر فصل آنفولانزا/آنفولانزا در پاییز و زمستان، با واکسن آنفولانزا/آنفولانزا دیگر در صورت ضرورت پزشکی واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید. واکسن COVID-19 <p style="text-align: center;"><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>واکسیناسیون (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • 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 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.</p> <p>همچنین ما هزینه همه واکسن‌های بزرگسالان را طبق توصیه کمیته مشورتی روال‌های واکسیناسیون (ACIP) پرداخت می‌کنیم.</p>
<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 سوء مصرف مواد مخدر 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><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان (ادامه)</p> <p>اگر به پیوند اندام نیاز دارید، یک مرکز پیوند اندام تأیید شده Medicare پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیرد که آیا برای پیوند اندام کاندید هستید. 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، آنوقت شما می‌توانید خدمات پیوند اندام خود را به صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبت محله خود دریافت کنید. 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 پزشکی <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!» ببابید. این برگه اطلاعاتی در es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) موجود است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. 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 تأییدیه (گاهی «مجوز قبلی» نامیده می‌شود) از ما دریافت کند.</p> <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>
\$0	<p>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 سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p> <p>خدمات بستری در بیمارستان روانی (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر 65 سال به بالا سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در انستیتیوی بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت می‌کنیم. <p><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></p>
\$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 پزشکی • 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 وسایلی 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 غیرقابل 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 <p><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 کلیوی</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 کتابچه راهنمای اعضا شما توضیح داده شد، یا • هنگامی که ارائه دهنده شما برای این سرویس به طور موقت در دسترس یا غیرقابل دسترسی است. • 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 ویزیت‌های 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> <p><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></p>	
\$0	<p>معاینه 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 تصمیم گیری مشترک با پزشک خود یا تامین کننده 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 تامین کننده مجرب دیگر هزینه پرداخت می‌کند.</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
\$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 هنگامی که 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 دریافت کنید. با معرفی پزشک انجام شود. پزشک باید این خدمات را تجویز کرده و در صورتی که 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>	
\$0	<p>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>داروهای نسخه دار Medicare بخش B</p> <p>این داروها تحت پوشش Medicare بخش B هستند. برنامه درمانی ما بابت داروهای زیر هزینه پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی‌کنید و هنگامی که خدمات پزشک، سرپایی در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی را دریافت می‌کنید به شما تزریق یا درون‌بزی می‌شود. انسولین تامینی 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 تایید کرده است <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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
	<p>داروهای نسخه دار Medicare بخش B (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروی آلزایمر، Leqembi (نوع ژنریک Icanemab) که به صورت داخل وریدی داده می‌شود (IV) • عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتی که مبتلا به هموفیلی باشید • داروهای پیوند اندام/ سرکوب کننده سیستم ایمنی: Medicare درمان دارویی پیوند اندام را در صورتی تحت پوشش قرار می‌دهد که Medicare هزینه پیوند اندام شما را پرداخت کرده باشد. شما باید در زمان پیوند تحت پوشش، بخش A داشته باشید و در هنگام دریافت داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی باید بخش B را داشته باشید. Medicare بخش D داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را در صورتی پوشش می‌دهد که بخش B آنها را پوشش ندهد. • 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 یائسگی می‌شود و نمی‌توانید دارو را خودتان تزریق کنید. • برخی آنتی‌ژن‌ها: Medicare آنتی‌ژن‌ها را در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک آنها را آماده کند و یک فرد که به درستی آموزش داده شده (که می‌تواند خود بیمار باشد) آنها را تحت نظارت مناسب بدهد. • برخی داروهای ضد سرطان خوراکی: Medicare برخی داروهای سرطان دهان را که از طریق دهان مصرف می‌کنید، در صورتی پوشش می‌دهد که همان دارو در فرم تزریقی موجود باشد یا دارو یک داروی پرودراگ باشد (فرم خوراکی دارویی که در هنگام مصرف، به • همان عنصر فعال موجود در داروی تزریقی تجزیه می‌شود). همگام با ارایه داروهای خوراکی سرطان، بخش B ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر بخش B آنها را پوشش نمی‌دهد، بخش D آنها را پوشش می‌دهد. • داروهای ضد تهوع خوراکی: Medicare داروهای ضد تهوع خوراکی که به عنوان بخشی از رژیم شیمی درمانی ضد سرطان استفاده می‌کنید را در صورتی پوشش می‌دهد که قبل، در یا در ظرف 48 ساعت شیمی درمانی تجویز شوند یا به عنوان جایگزینی کامل درمانی برای داروی ضد تهوع داخل وریدی استفاده شوند. • برخی داروهای خوراکی بیماری کلیوی در مرحله پایانی (ESRD) در صورتی همان دارو در فرم تزریقی موجود باشد و مزایای بخش B ESRD آن را پوشش دهد • داروهای کلسیم‌میتیک تحت سیستم پرداخت ESRD، شامل داروی درون رگی Parsabiv و داروی خوراکی Sensipar <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>داروهای نسخه دار Medicare بخش B (دامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> داروهای خاص برای دیالیز خانگی، شامل heparin، پادزهر برای heparin (هنگامی که ضرورت پزشکی دارد) و داروهای بیهوشی کننده موضعی عوامل تحریک اریتروپوئیزیس: Medicare داروی erythropoietin تزریقی را در صورتی تحت پوشش قرار می‌دهد که ESRD داشته باشید یا برای درمان کم خونی مربوط به شرایط خاص دیگر (مانند Epogen® یا Procrit® یا Epoetin Alfa® یا Aranesp® یا Darbepoetin Alfa® یا Mircera یا Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) به آن نیاز داشته باشید گلوبولین ایمنی درون رگی برای مداوای خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه تغذیه تزریقی و روده‌ای (IV و تغذیه با لوله) <p>ما همچنین بعضی واکسن‌ها را تحت Medicare بخش B و بیشتر واکسن‌های بزرگسالان تحت مزایای داروهای نسخه‌دار Medicare بخش D را پوشش می‌دهیم.</p> <p>فصل 5 کتابچه راهنمای 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 کتابچه راهنمای اعضا هزینه‌ای را که برای داروهای نسخه دار بیماران سرپایی خود از طریق برنامه درمانی ما پرداخت می‌کنید توصیف می‌کند. اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>
\$0	<p>مراقبت در مرکز پرستاری</p> <p>مرکز پرستاری (NF) محلی است که مراقبت را برای اشخاص فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت 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 <p>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.) <i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>مراقبت در مرکز پرستاری (دامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آنها مبلغی که برنامه ما پرداخت می‌کند 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 هنگامی که 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 مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آنرا با برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود صحبت کنید.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 اختلال 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>اجازه قبلی و ارجاع ممکن است لازم باشد و مسئولیت آن به عهده ارایه کننده شما است.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
\$0	<p>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: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • صورتحساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش‌های تشخیصی • مراقبت بهداشت روانی شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری در صورتی که 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 <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>
\$0	<p>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 مجوز 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) <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>مراقبت بهداشت روانی به صورت سرپایی (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 کلینیک • 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 هنگامی که برای ارزیابی نتیجه بهداشت روانی بالینی ایجاب نماید • خدمات بیماران سرپایی برای منظورات نظارت بر درمان دارویی • آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل‌های بیماران سرپایی • مشاوره روانپزشکی <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>
\$0	<p>خدمات توانبخشی بیماران سرپایی</p> <p>ما هزینه ورزش درمانی، کاردرمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کنیم.</p> <p>شما می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.</p> <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
<p>0\$ بابت هر ویزیت انفرادی یا گروهی</p>	<p>خدمات اختلال مصرف مواد مخدر به صورت 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 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) <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>	
<p>0\$ بابت هر ویزیت به یک مرکز جراحی سیار یا مرکز بیماران سرپایی.</p>	<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> <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>	
<p>\$0</p>	<p>اقلام بدون نسخه (OTC)*</p> <p>شما واجد شرایط یک مبلغ فوق العاده \$70 ماهیانه بابت داروها و لوازم OTC مندرج در کاتالوگ اقلام OTC هستید اقلامی مثل اسپرین، ویتامین، دواهای سرماخوردگی و سرفه و بانداژ تحت این مزیت پوشش دارند. اقلامی مثل لوازم آرایشی و مکمل‌های غذایی تحت این مزیت، پوشش ندارند.</p> <p>کاتالوگ اقلام OTC و دستورالعمل‌های سفارش در لینک blueshieldca.com/medicareOTC موجود است. شما می‌توانید به صورت تلفنی از طریق شماره [TTY: 711] 628-2770 (888) دوشنبه تا جمعه، بین 9:00am تا 8:00pm به وقت شرقی، یا آنلاین از طریق blueshieldca.com/medicareOTC اقلام را سفارش دهید. سفارش‌ها بدون هزینه برای شما پست می‌شوند. لطفاً برای تحویل، 7 روز کاری صبر کنید.</p> <p>این مزایا در اولین روز هر ماه قابل اجرا می‌شود. شما می‌توانید یک سفارش در ماه دهید و نمی‌توانید کمک فوق‌العاده استفاده نشده خود را به ماه بعد منتقل کنید. برخی محدودیت‌ها اعمال می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر، به کاتالوگ اقلام OTC مراجعه کنید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 تسکینی</p> <p>مراقبت تسکینی تحت پوشش برنامه درمانی ماست. مراقبت تسکینی برای اشخاصی است که بیماری جدی دارند. آن مراقبت با محور بیمار و خانواده را فراهم می‌کند که کیفیت زندگی را با پیش بینی، پیشگیری و درمان درد و رنج بهبود می‌دهد. مراقبت تسکینی، مراقبت از بیماران رو به مرگ نیست، بنابراین برای واجد شرایط شدن برای مراقبت تسکینی لازم نیست که امید به زندگی شش ماه یا کمتر داشته باشید. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت درمانی/عادی ارائه می‌شود.</p> <p>مراقبت تسکینی شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌ریزی پیشرفته مراقبتی • ارزیابی و مشاوره برای مراقبت تسکینی • برنامه مراقبتی شامل تمام مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز شامل بهداشت روانی و خدمات اجتماعی پزشکی • خدمات تیم مراقبت تعیین شده شما • هماهنگی مراقبت • مدیریت درمان و علائم بیماری <p>اگر بالای 21 سال سن دارید، نمی‌توانید مراقبت بیماران رو به مرگ و مراقبت تسکینی را همزمان دریافت کنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و شرایط مراقبت بیماران رو به مرگ را برآورده می‌کنید، می‌توانید در هر زمان درخواست کنید که به مراقبت بیماران رو به مرگ منتقل شوید.</p>
\$0	<p>خدمات بستری شدن نسبی و خدمات ویژه بیماران سرپایی</p> <p>بستری شدن ناکامل یک برنامه ساختاریافته مداوای روانپزشکی فعال است. آن به عنوان سرویس سرپایی بیمارستانی یا یک توسط مرکز بهداشت روانی ارائه می‌شود. این برنامه فشرده‌تر از مراقبتی است که در مطب پزشک، درمانگر خانواده یا ازدواج دارای مجوز (LMFT) یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید. این برنامه می‌تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید.</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، تراپیست، LMFT، یا مشاور مجاز شما فشرده‌تر است اما از بستری نسبی فشرده‌تری دارد.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 بستری شدن نسبی و خدمات ویژه بیماران سرپایی (ادامه)</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. اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>
\$0	<p>خدمات پزشک/ارائه کننده شامل ویزیت‌های 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 صورتی که 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. • 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 سکت • خدمات بهداشت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روان مکرر <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 برای تشخیص، ارزیابی، و درمان اختلال سلامت روان، اگر: • شما ظرف مدت 6 ماه قبل از ویزیت بهداشت از راه دور اول خود یک ویزیت حضوری دارید • شما هر 12 ماه یک بار 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. • خدمات بهداشت از راه دور ارائه شده توسط متخصصین کاردرمانی واجد شرایط (OTC)، متخصصین ورزش درمانی (PTS)، آسیب شناسان گفتار درمانی (SLP)، و شنوایی‌سنج‌ها • بررسی مجازی (برای مثال، تلفنی یا گفتگوی ویدئویی) با پزشک شما به مدت 10-5، 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 • 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: <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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"> ○ جراحی فک یا ساختارهای مربوطه ○ جا انداختن شکستگی فک یا استخوان‌های صورت ○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدمات تحت پوشش در صورتی که توسط پزشک ارائه شوند 	
\$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): <ul style="list-style-type: none"> ○ بریدن و برداشتن میخچه و پینه ○ نظافت، بریدن، کوتاه کردن یا کندن ناخن <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>	
\$0	<p>معاینات تشخیص سرطان پروستات</p> <p>برای مردان 50 ساله به بالا، ما هزینه خدمات زیر را یک بار 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) 	
\$0	<p>وسایل پروتز و ارتز و لوازم مربوطه</p> <p>پروتز جایگزین همه قسمت‌ها یا عملکرد یک اندام یا بخشی از آن می‌شود. این خدمات شامل موارد زیر شده ولی به آنها محدود نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● آزمایش، جاگذاری یا آموزش در استفاده از وسایل پروتز و ارتوتیک <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
	<p>وسایل پروتز و ارتز و لوازم مربوطه (ادامه)</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 اداپتور، 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 و ارتوتیک را پرداخت می‌کنیم. ما هزینه تعمیر یا تعویض پروتز و ارتوتیک را نیز پرداخت می‌کنیم.</p> <p>ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای جزئیات، به «مراقبت بینایی» در این جدول مراجعه کنید.</p> <p><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></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 یک ارجاع برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه کننده معالجه COPD داشته باشید.</p> <p><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 و مشاوره برای عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی (STI)</p> <p>ما هزینه معاینه تشخیص کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هیپاتیت 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>	
\$0	<p>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 • داروهایی 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/ارائه‌کننده <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
	<p>مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) (ادامه)</p> <p>شما معمولاً مراقبت خود را از مراکز داخل شبکه دریافت می‌کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می‌کند 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 هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>	
\$0	<p>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. 	
\$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.</p> <p>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) <p>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
	<p>ورزش درمانی تحت نظارت (SET) (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • در مرکز بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارایه شود • توسط یک پرسنل مجاز ارایه 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 <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>	
<p>0\$، تا حد ترکیبی از 48 سفر یک طرفه در سال برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری یا حمل و نقل غیر پزشکی و حمل و نقل غیر پزشکی VBID. سفرهای Medi-Cal نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 48 سفر یک طرفه پوشش می‌دهد.</p>	<p>حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیراضطراری</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 • بسته به خدمات، ممکن است نیاز به مجوز قبلی داشته باشد <p>توجه: برنامه‌ریزی و هماهنگی حمل و نقل توسط Call The Car انجام می‌شود. اعضا باید با Call The Car به شماره (855) 200-7544 [TTY: 711] به صورت 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، تماس بگیرید. برنامه تلفن همراه CTC Go می‌تواند برای برنامه‌ریزی، ویرایش، پیگیری و لغو رزرواسیون‌های جدول زمانی، درب به درب و صندلی چرخدار استفاده شود. برنامه همراه CTC Go نمی‌تواند برای حمل و نقل گارنی استفاده شود و شما باید برای رزرواسیون‌ها با آن تماس بگیرید. هماهنگی برای حمل و نقل باید حداقل از 24 ساعت قبل انجام شود.</p>	
<p>0\$، تا حد ترکیبی از 48 سفر یک طرفه در سال برای حمل و نقل غیر پزشکی و انتقال غیر پزشکی VBID. Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از</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 وسائل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد.</p> <p>حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز، از جمله سفر برای قرار ملاقات‌های دندانپزشکی، ویزیت‌های مطب پزشک و دریافت داروهای تجویزی در یک داروخانه شبکه، الزامی است.</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>استفاده از 48 سفر یک طرفه پوشش می‌دهد.</p>	<p>حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی* (ادامه)</p> <p>شما محدودیت ترکیبی شامل 48 سفر یک طرفه در سال برای حمل و نقل غیرپزشکی و حمل و نقل غیرپزشکی VBID، دارید.</p> <p>توجه: برنامه‌ریزی و هماهنگی حمل و نقل توسط Call The Car انجام می‌شود. اعضا باید با Call The Car به شماره (855) 200-7544 [TTY: 711] به صورت 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 امکان می‌دهد 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 خود جستجو کرده و آن را دانلود کنید.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p> <p>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</p>
<p>\$0</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 • یک بیماری پیش بینی نشده، 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 زمان، مکان یا 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><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد	
<p>20% سهم درصدی 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 (ادامه)</p> <p>شما محدودیت ترکیبی سالیانه برای خدمات مراقبت اضطراری یا خدمات با نیاز فوری، در خارج از ایالات متحده ندارید و قلمروها حداکثر سقف پرداخت شده از جیب را اعمال نمی‌کنند.</p> <p>*خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>	
<p>0\$، تا 50\$ کمک هزینه در ماه برای اقلام تحت پوشش.</p>	<p>مدل طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID)*</p> <p>اگر در BlueShield TotalDual Plan ثبت نام کرده‌اید و واجد شرایط دریافت یارانه افراد کم درآمد (LIS) هستید، واجد شرایط دریافت مزایای طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) هستید. مزایای برنامه تحت پوشش شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مواد غذایی سالم <ul style="list-style-type: none"> ○ کمک هزینه ماهانه برای خرید غذاهای سالم و مغذی و میوهجات اقلام تایید شده را می‌توان در خرده فروشی‌های تایید شده محلی برای کمک به اعضا در حفظ یک رژیم غذایی سالم برای حمایت از نیازهای غذایی شان خریداری کرد. ○ مبلغ فوق العاده شما 50\$ در ماه برای اقلام تحت پوشش است. ○ این کمک فوق العاده را نمی‌توان از یک ماه به ماه بعد منتقل کرد. <p>اجازه برای خدمات سمعک و خواربار سالم را نمی‌توان با هم ترکیب کرد. هر مزایا یک کمک هزینه جداگانه دارد.</p> <p>Healthy Benefits+ یک کارت نقدی است که اجازه می‌دهد مزایای شما از قبل روی کارت بارگذاری شوند تا به پرداخت هزینه اقلام و خدمات تحت پوشش کمک شود.</p> <p>شما نامه ای را از مدیر مزایا به همراه کارت مزایای شخصی خود دریافت خواهید کرد. این نامه به شما اطلاع خواهد داد که کارت شما با مبلغ فوق العاده پر شده است. همچنین اطلاعاتی را در مورد نحوه دسترسی به جزئیات بیشتر در مورد مزایا از طریق تلفن، وب سایت یا برنامه تلفن همراه ارائه می‌دهد.</p> <p>برای سؤالات مربوط به این مزایا، می‌توانید با مدیر مزایا به شماره (855) 572-6341 [TTY: 771] از ساعت 8am تا 8pm،</p> <p><i>این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد</i></p>	



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>\$0، تا محدودیت ترکیبی 48 سفر یک طرفه در سال برای حمل و نقل غیر پزشکی و حمل و نقل غیر پزشکی .VBID</p>	<p>مدل طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) * (دامه)</p> <p>به وقت محلی، یکشنبه تا شنبه، 1 اکتبر تا 31 مارس، و دوشنبه تا جمعه، 1 آوریل تا 30 سپتامبر. همچنین می‌توانید برای جزئیات بیشتر به وب سایت HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA مراجعه کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • حمل و نقل: حمل و نقل غیر پزشکی گسترش یافته* <p>این مزیت اجازه حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافربری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد.</p> <p>حمل و نقل ممکن است برای دسترسی به مزایای تحت پوشش غیر Medicare ارائه شده توسط برنامه درمانی استفاده شود، مانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مکان‌های تناسب اندام در شبکه SilverSneakers ○ فروشگاه‌های مواد غذایی سالم مورد تایید ○ سمعک در تامین کننده سمعک به انتخاب شما ○ خدمات کایروپراکتیک در شبکه مورد تایید برنامه درمانی ○ خدمات مربوط به بینایی و دندانپزشکی در شبکه مورد تایید برنامه درمانی <p>شما محدودیت ترکیبی شامل 48 سفر یک طرفه در سال برای حمل و نقل غیرپزشکی و حمل و نقل غیرپزشکی VBID، دارید.</p> <p>توجه: برنامه‌ریزی و هماهنگی حمل و نقل توسط Call The Car انجام می‌شود. اعضا باید با Call The Car به شماره [TTY: 711] 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. جستجو به app store خود رفته و برنامه CTC-Go را دانلود کنید.</p> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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>مراقبت از بینایی (تحت پوشش Medicare)</p> <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 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> <p><i>اجازه قبلی ممکن است لازم باشد و مسئولیت ارائه کننده شما باشد.</i></p>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می‌پردازد
<p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه‌کنندگان استفاده کنید، برای یک بار معاینه در هر 12 ماه \$0 هزینه می‌پردازید.</p> <p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه‌کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر 12 ماه \$0 می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده‌فروشی معمولی به میزان \$200). اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$200 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن خواهید بود.</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 \$200 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر 12 ماه \$0 می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$200 باشد، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p>	<p>مراقبت بینایی، پوشش بدون Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه‌کنندگان)*</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>مجوز قبلی (تأیید از قبل) مورد نیاز نیست. از Vision Directory استفاده کنید یا به وب‌سایت blueshieldca.com/find-a-doctor بروید تا یکی از ارائه‌کنندگان مشارکت‌کننده در شبکه Vision Service Plan (VSP) یا به عبارتی (Blue Shield Vision Administrator) را پیدا کنید.</p> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 یک بار معاینه در هر 12 ماه تا \$30 به شما بازپرداخت می‌شود.</p> <p>برای یک جفت فریم عینک در هر 12 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 غیر شبکه)*</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 خطی، سه کانونی خطی و عدسی شکل) یا لنزهای تماسی <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> <p>* خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.</p>
<p>\$0</p>	<p>معاینه پیشگیری از بیماری با نام "به Medicare خوش آمدید"</p> <p>ما هزینه یک بار 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. هنگامی که وقت ویزیت می‌گذارید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» وقت بگیرید.</p>



E. جدول مزایای دندانپزشکی تحت پوشش**جدول مزایای دندانپزشکی**

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

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

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

مهم: برخی از خدمات دندانپزشکی تحت هیچ شرایطی تحت پوشش قرار نمی‌گیرند (به عنوان استثناءها نیز شناخته می‌شوند) و برخی از خدمات دندانپزشکی فقط تحت شرایط خاص تحت پوشش قرار می‌گیرند (به عنوان محدودیت‌ها نیز شناخته می‌شوند). لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به ستون «محدودیت‌های کلی» در **جدول مزایای دندانپزشکی** در زیر و به «استثناءهای کلی» مراجعه کنید که پس از **جدول مزایای دندانپزشکی** فهرست شده‌اند.

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

خدمات با ذکر کد رویه 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 خدمات 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 (DPA) Dental Plan Administrator به شماره [711] TTY: 247-2486 (866) از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm در 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید.

کد ADA	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	مبلغی که شما باید بپردازید	محدودیت‌های عمومی
خدمات ترمیمی			
D2720	روکش دندان - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	\$0	2 در هر سال تقویمی
D2722	روکش دندان - رزین با فلزات نجیب	\$0	2 در هر سال تقویمی
D2750	روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	\$0	2 در هر سال تقویمی
D2752	روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	\$0	2 در هر سال تقویمی
D2790	روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب با درصد بالا	\$0	2 در هر سال تقویمی
D2792	روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب	\$0	2 در هر سال تقویمی

پروتودنتیکس (قابل جابجایی)

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



محدودیت‌های عمومی	مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
1 در 6 ماه	\$0	تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک بالا)	D5670
1 در 6 ماه	\$0	تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک پایین)	D5671
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز کامل فک بالا	D5710
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز کامل فک پایین	D5711
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز پارسیل فک بالا	D5720
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز پارسیل فک پایین	D5721
پروتزودنتیکس (ثابت)			
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پوننتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D6240
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پوننتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	D6242
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پوننتیک - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	D6250
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پوننتیک - رزین با فلزات نجیب	D6252
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D6750
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	D6752
محدودیت‌های عمومی	مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
خدمات ترمیمی			
2 در هر سال تقویمی	\$0	روکش دندان - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	D2720
2 در هر سال تقویمی	\$0	روکش دندان - رزین با فلزات نجیب	D2722
2 در هر سال تقویمی	\$0	روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D2750
2 در هر سال تقویمی	\$0	روکش دندان - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	D2752

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



محدودیت‌های عمومی	مبلغی که شما باید بپردازید	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	کد ADA
2 در هر سال تقویمی	\$0	روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب با درصد بالا	D2790
2 در هر سال تقویمی	\$0	روکش دندان - با پوشش کامل دندان از جنس فلزات نجیب	D2792
1 در 6 ماه	\$0	تعویض تمام دندان‌ها و قراردادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک پایین)	D5671
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز کامل فک بالا	D5710
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز کامل فک پایین	D5711
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز پارسیل فک بالا	D5720
1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی‌شود)	\$0	تغییر پایه پروتز پارسیل فک پایین	D5721
پروتزودنتیکس (ثابت)			
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پونتیک - چینی خوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D6240
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پونتیک - چینی خوب شده روی فلزات نجیب	D6242
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پونتیک - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	D6250
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	پونتیک - رزین با فلزات نجیب	D6252
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	روکش نگهدارنده - چینی خوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	D6750
1 در هر دندان در هر 5 سال تقویمی	\$0	روکش نگهدارنده - چینی خوب شده روی فلزات نجیب	D6752

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

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

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



دریافت مراقبت دندانپزشکی

مقدمه

طرح دندانپزشکی Blue Shield of California توسط یک مجری قراردادی برنامه دندانپزشکی (DPA)، نهادی که با Blue Shield of California قرارداد می‌بندد تا 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 مشتریان DPA به شماره **(866) 247-2486 [TTY: 711]** از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm و 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) و 1 آپریل تا 30 سپتامبر در روزهای هفته تماس بگیرید.

قبل از دریافت خدمات دندانپزشکی

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

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

توجه: وضعیت دندانپزشکان شبکه ممکن است تغییر کند. در صورتی که در لیست دندانپزشکان قراردادی تغییری ایجاد شده باشد، شما مسئول بررسی این هستید که آیا دندانپزشک شما همچنان عضو دندانپزشکان شبکه است یا خیر. شما می‌توانید یک فهرست از دندانپزشکان شبکه را با تماس با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره **(866) 247-2486 [TTY: 711]** از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm و 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید.

ملاقات با دندانپزشک

مدت کوتاهی پس از ثبت‌نام، یک بسته عضویت از طرف DPA دریافت خواهید کرد که تاریخ اجرای مزایای خود و آدرس و شماره تلفن دندانپزشک شبکه یا دندانپزشک مراقبت‌های درمانی اصلی (PCD) را به شما اطلاع می‌دهد. پس از تاریخ اجرا که در بسته عضویت شما مشخص شده، می‌توانید خدمات تحت پوشش مراقبت از دندان را دریافت کنید. برای دریافت قرار ملاقات کافی است با دفتر 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. سوالات مربوط به در دسترس بودن قرار ملاقات و دسترسی به دندانپزشکان باید به بخش خدمات مشتریان DPA به شماره **(866) 247-2486 [TTY: 711]** از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm و 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید.

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

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

سهام 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.

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



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

اگر برای دریافت اطلاعات در مورد برنامه درمانی خود به کمک بیشتری نیاز دارید، می‌توانید با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 247-2486 (866) از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8p و 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید.

انتخاب دندانپزشک مراقبت‌های درمانی اصلی

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

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

اگر دندانپزشک 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 تقویمی قبل از تاریخ توقف موثر دندانپزشک به شما اطلاع می‌دهد تا بتوانید دندانپزشک شبکه دیگری را انتخاب کنید.

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

مراقبت اضطراری دندانپزشکی

این طرح هزینه خدمات مراقبت اضطراری دندانپزشکی را پرداخت نمی‌کند.

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، مخالف هستید یا در مورد آن تردید دارید، می‌توانید نظر ثانویه درخواست کنید. DPA همچنین ممکن است درخواست کند که شما برای تأیید ضرورت و مناسب بودن درمان دندانپزشکی یا درخواست مزایا، یک نظر ثانویه دریافت کنید.

نظرات ثانویه توسط یک دندانپزشک دارای مجوز در زمان مناسب و متناسب با ماهیت بیماری شما ارائه خواهد شد. درخواست‌های مربوط به موارد تهدید حتمی و جدی سلامتی تسریع خواهند شد (اجازه در ظرف 72 ساعت از دریافت درخواست، هر زمان که ممکن باشد، تصویب یا رد می‌شود). برای دریافت کمک یا اطلاعات بیشتر در مورد روال‌ها و چارچوب‌های زمانی

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



برای مجوزهای نظر ثانویه، با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 866-247-2486 از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm و 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر در روزهای هفته، تماس بگیرید یا برای DPA نامه بنویسید.

نظرات دوم در مطب دندانپزشک شبکه دیگری ارائه خواهد شد، مگر اینکه DPA اجازه دیگری را صادر کرده باشد. در صورتی که دندانپزشک شبکه واجد شرایط و مناسبی در دسترس نباشد، DPA مجوز نظر ثانویه را برای یک ارائه کننده خارج از شبکه صادر می کند. DPA فقط برای نظر ثانویه که DPA تأیید یا مجاز کرده باشد هزینه پرداخت می کند. در صورتی که DPA تصمیم بگیرد نظر ثانویه را تأیید نکند، یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال خواهد شد. اگر با این تصمیم موافق نیستید، می توانید درخواست تجدیدنظر را به Blue Shield TotalDual Plan تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش نارضایتی و درخواست تجدیدنظر در زیر مراجعه نمایید.

هماهنگی مزایا

در صورتی که سایر بیمه نامه ها یا طرح های دیگر علاوه بر هزینه های مراقبت های دندانپزشکی، خدمات یا هزینه های دیگری را نیز پوشش دهند، این طرح بدون توجه به پوشش سایر بیمه نامه های گروهی یا سایر طرح های مزایای سلامت گروهی، مزایا را ارائه می دهد. در غیر این صورت، مزایای ارائه شده تحت این طرح توسط متخصصین یا دندانپزشکان خارج از شبکه با سایر بیمه نامه های دندانپزشکی گروهی یا سایر طرح های مزایای دندانپزشکی گروهی هماهنگ می شود. تعیین اینکه کدام بیمه نامه 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 می کرد، یا؛
- مجموع هزینه های پرداخت شده از جیب عضو تحت طرح مزایای دندانپزشکی اولیه تا زمانی که مزایا تحت پوشش این برنامه درمانی می باشند.

عضو باید اطلاعات خود را در اختیار DPA قرار دهد و DPA می تواند هر گونه اطلاعاتی را در مورد آن عضو که برای مدیریت هماهنگی مزایا لازم است را به هر شرکت بیمه یا سازمان دیگری ارائه دهد یا این اطلاعات را از آن ها دریافت کند. DPA به صلاحدید خود، تعیین خواهد کرد که آیا هر گونه 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 مزایا 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 سازمان ها، خواهد داشت.

رسیدگی به نارضایتی ها و تجدیدنظر

تعهد ما به شما این است که نه تنها کیفیت مراقبت های درمانی، بلکه کیفیت طول روند درمان را نیز تضمین کنیم. کیفیت درمان گستره ای از خدمات حرفه ای ارائه شده توسط دندانپزشکان 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، سیاست ها، روال ها یا عملیات های DPA یا کیفیت خدمات دندانپزشکی انجام شده توسط دندانپزشک شبکه، سوال یا شکایتی دارید، حق دارید از Blue Shield TotalDual Plan شکایت کنید یا درخواست تجدید نظر دهید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه تسلیم نارضایتی یا استیناف به فصل 9 (اگر مشکل یا شکایتی دارید چکار کنید) (تصمیمات، تجدیدنظرها و شکایات مربوط به پوشش) مراجعه کنید. اگر سوالاتی دارید، با DPA به شماره [TTY: 711] 866) 247-2486 از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm و 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید. همچنین می توانید با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره های تلفن در پشت جلد این سند درج شده است).

استثنائات عمومی برای طرح HMO دندانپزشکی

1. هر روشی که به طور خاص در جدول مزایای خدمات دندانپزشکی ذکر نشده باشد.
2. هر جراحی یا روالی که با نظر حرفه ای دندانپزشک شبکه:

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



- a. پیش‌بینی ضعفی درباره نتیجه موفق و طول عمر معقول بر اساس وضعیت دندان یا دندان‌ها و یا ساختارهای اطراف آن داشته باشد، یا
 - b. با استانداردهای عمومی پذیرفته شده برای دندانپزشکی مطابقت ندارد.
3. خدماتی که صرفاً برای اهداف زیبایی یا برای بیماری‌هایی هستند که در نتیجه عیوب مادرزادی یا رشدی می‌باشند، از قبیل شکاف کام، ناهنجاری‌های فک بالا و پایین، دندان‌های از دست رفته به صورت مادرزادی و دندان‌های دچار تغییر رنگ شده یا فاقد مینا باشد.
 4. لوازم و وسایل گم شده یا دزدیده شده از قبیل پروتزها و روکش‌های کامل یا پارسیل.
 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 دندان مصنوعی (روکش‌ها، ایمپلنت‌ها و وسایل مرتبط با آنها) و شخصی سازی و پرداخت پروتزهای کامل و پارسیل.
 7. لوازم و متعلقات دندانی که با ایمپلنت پشتیبانی می‌شوند، قرار دادن ایمپلنت، نگهداری، برداشتن و سایر خدمات مرتبط با ایمپلنت دندانی.
 8. مشاوره در مورد مزایای خارج از پوشش بیمه.
 9. خدمات دندانپزشکی دریافت شده از هر مطب دندانپزشکی غیر از دندانپزشک شبکه اختصاص داده شده یا متخصص دندانپزشکی از پیش مجاز اعلام شده.
 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 درمان دندانپزشکی انجام می‌شود قبل از واجد شرایط بودن عضو با Blue Shield TotalDual Plan شروع شده است. به عنوان مثال می‌توان موارد زیر را نام برد: دندان‌های آماده شده برای روکش و پروتزهای کامل یا پارسیل که برای آنها قالب گرفته شده است.
 13. دستگاه‌ها و یا درمان‌های مایوفانکشنال و پارافانکشنال.

F. حمایت‌های جامعه محلی

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

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



مثال‌های حمایت‌های جامعه محلی که ما ارائه می‌دهیم شامل غذا و وعده‌های غذایی حمایت‌کننده پزشکی یا غذاهای ویژه پزشکی، کمک به شما یا مراقب شما یا میله و رمپ حمام است. حمایت‌های جامعه محلی خدمات اختیاری (غیر مزایا) که Blue Shield Promise Health Plan به اعضای واجد شرایط Medi-Cal عرضه می‌کند. این خدمات به اعضای فوق فراتر از خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) پشتیبانی 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 کانتی Los Angeles و San Diego به اعضای واجد شرایط حمایت‌های جامعه محلی ارائه می‌دهد.

درمان آسم	تغییرات فیزیکی محیط خانه افراد به منظور اطمینان از سلامت، تندرستی و ایمنی و امکان پذیر کردن فعالیت در خانه در مواردی که حمله‌های آسمی حاد ممکن است منجر به بستری یا دریافت خدمات اضطراری شود.
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.
ودیعه‌های مسکونی	اعضا در یافتن، هماهنگی، تضمین تامین مالی خدمات یک باره مورد نیاز برای ساماندهی اولیه خانوار کمک دریافت می‌کنند.
خدمات ردیابی در گذار به مسکن	اعضا در اسکان کمک دریافت می‌کنند.
خدمات اجاره‌نشینی و حفظ و نگهداری مسکن	اعضا در حفظ و ثبات وضعیت اجاره‌نشینی 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، توالیت 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 جراحی یا مصدومیت شامل بیماری‌های سلامت روانی که ممکن است در یک محیط زندگی ناپایدار بدتر شود، بهبود یابند.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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.
مسکن کوتاه مدت و پس از بستری شدن در بیمارستان	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.
مراکز ترک الکل	مکان‌های امن و حمایتی برای اعضا جهت پاک شدن بعد از مسمومیت الکلی یا دارویی و کمک به افرادی که گرفتار بی‌خانمانی یا وضعیت‌های زندگی ناپایدار شده‌اند و در غیر این صورت به بخش اورژانس یا زندان اعزام خواهند شد.

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 452-4413 (800) (TTY 711) تماس بگیرید یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی خود تماس بگیرید.

اطلاعات برای اعضا

- با خدمات اعضای Blue Shield Promise Health Plan در منطقه خود در روزهای هفته بین ساعت 8am تا ساعت 6pm تماس بگیرید: San Diego (855) 699-5557 و Los Angeles (800) 605-2556
- با شماره (800) 430-7077 (TTY (800) 430-4263) 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/ECMandILOS.aspx>

G. 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.

G1. 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

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



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 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

Medi-Cal Dental .G2

بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند. اطلاعات بیشتر در وب سایت SileCalifornia.org موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدماتی مانند موارد زیر است اما محدود به آنها نمی‌شود:

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

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در Medi-Cal Dental، یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را بپذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental برای کمک به شما از ساعت 8:00am تا 5:00pm، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از وب سایت smilecalifornia.org بازدید کنید.

در کانتی Los Angeles، ممکن است مزایای دندانپزشکی Medi-Cal را از طریق برنامه مراقبت‌های هماهنگ دندانپزشکی (DMC) دریافت کنید. اگر اطلاعات بیشتری درباره برنامه‌های دندانپزشکی Medi-Cal می‌خواهید یا می‌خواهید تغییری ایجاد کنید، با Health Care Options با شماره 1-800-430-4263 (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید)، از دوشنبه تا جمعه، 8:00am تا 6:00pm تماس بگیرید. این تماس رایگان است. تماس‌های DMC نیز در اینجا در دسترس هستند: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx <http://www.hpsm.org/dental>

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



توجه: طرح ما خدمات دندانپزشکی اضافی ارائه می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.

G3. مراقبت قبل از فوت

اگر ارائه‌کننده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما پیش‌نشانه‌های پایان زندگی را دارید، شما حق انتخاب آسایشگاه بیماران رو به فوت را دارید. این بدان معناست که شما یک بیماری را علاج دارید و انتظار می‌رود که شش 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 ارائه‌کننده شبکه یا ارائه‌کننده 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 یا نوانخانه هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه می‌کند. Medicare هزینه‌های خدمات مراقبت‌های نوانخانه‌ای 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 توسط آسایشگاه بیماران رو به فوت و برنامه درمانی ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید که مراقبت تیمی بیمار و خانواده محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می‌کند. شما ممکن است مراقبت تسکینی را به طور همزمان با مراقبت درمانی/عادی دریافت کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش مراقبت تسکینی در بالا 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 را علاج شما مربوط نمی‌شود.

G4. خدمات حمایتی در محیط 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.

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- نوع خدماتی که از طریق IHSS مجاز است شامل نظافت منزل، آماده کردن غذا، شستشوی لباس، خرید خواربار، خدمات مراقبت شخصی (مثل مراقبت ادرار و اجابت مزاج، پیرایش یا خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ویزیت پزشکی، و نظارت محافظت کننده برای معلولین روانی) است.
- هماهنگ کننده 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.

G5. 1915 (c) برنامه‌های معافیتی 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 ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند همچنان در ALW ثبت نام کنند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگ سازی مراقبت‌های ALW شما همکاری می‌کند تا برای خدماتی که دریافت می‌کنید هماهنگی‌های لازم صورت گیرد.
- 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 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 درمانی 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. هماهنگ کننده 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

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- 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 تامین شود.
- اعضای که در HCBA Waiver ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند همچنان در HCBA Waiver ثبت نام کنند، در حالی که همچنان مزایای ارائه شده توسط طرح ما را دریافت می‌کنند. طرح ما با آژانس HCBA 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 HCBA درخواست دهید.
 - بسته به کد پستی شما در Los Angeles County، یا Partners in Care یا Access TLC آژانس HCBA محلی شما است. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدام سازمان در کد پستی شما کمک می‌کند، از این وبسایت بازدید کنید:

[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)
 - با Call Partners in Care به شماره 251-6764 (800) تماس بگیرید
 - با Call Access TLC به شماره 852-9887 (800) تماس بگیرید
 - San Ysidro Health سازمان HCBA محلی کانتی San Diego است. با San Ysidro Health به شماره 503-5910 (833)، از 8am تا 5pm، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.

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 ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی، خانواده، مراقبت دهنده(ها) و سایر ارائه‌کنندگان 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 ارائه‌کنندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.
- اعضای که در MCWP Waiver ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند همچنان در MCWP Waiver ثبت نام کنند 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 8:00am تا 5:00pm (به وقت پاسیفیک) باز است. برای دسترسی به میز کمک (Help Desk):
 - با شماره 1-866-411-ARIES (2743) تماس بگیرید یا

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



- 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 ارائه‌کنندگان 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 ثبت نام کرده اند، می‌توانند همچنان در MSSP Waiver ثبت نام کنند و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با ارائه‌کننده MSSP شما همکاری می‌کند تا برای خدماتی که دریافت می‌کنید هماهنگی‌های لازم صورت گیرد.

- هماهنگ کننده 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

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



G6. خدمات بهداشت رفتاری کانتی ارائه شده در خارج از برنامه ما (خدمات بهداشت روانی و اختلال مصرف مواد)

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 بهداشت روانی تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد کانتی را ارائه نمی‌کند، ولی این خدمات از طریق سازمان‌های بهداشت رفتاری کانتی در دسترس شما می‌باشند.

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 بهداشت روانی تخصصی Medi-Cal ارائه شده توسط MHP کانتی شما شامل موارد زیر می‌شود:

- 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 سلامت روان پزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات رفتار درمانی
- هماهنگی مراقبت‌های ویژه
- خدمات فشرده برپایه محیط خانه

اگر معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، خدمات سیستم توزیع ساختارمند Drug Medi-Cal از طریق آژانس بهداشت رفتاری کانتی شما در دسترس شما قرار دارد. خدمات Drug Medi-Cal ارائه شده توسط کانتی شما شامل موارد زیر می‌شود:

- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
- درمان اختلال مصرف مواد مسکونی پری ناتال
- خدمات درمانی برای بیماران سرپایی



- برنامه مداوای مواد مخدر
 - داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات سیستم توزیع ساختارمند Drug Medi-Cal شامل:

- خدمات درمانی برای بیماران سرپایی
- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
- داروهای ویژه درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات مداوای در منزل
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه مداوای مواد مخدر
- خدمات ریکآوری
- 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 ارائه‌کننده تحت قرارداد ارجاع دهید و همچنین می‌توانید توسط PCP، عضو خانواده و غیره ارجاع داده شوید. دسترسی به خدمات "دریچه اشتباهی" وجود ندارد. شما می‌توانید برای دریافت خدمات با مراکز 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 Los Angeles، جلوگیری و کنترل مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-742-7900 در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته)
- خدمات سلامت رفتاری San Diego کانتی - خدمات اختلال مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-724-7240 در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته)
- تلفن Blue Shield TotalDual Plan (لطفاً به فصل 2، بخش D این کتابچه عضو 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)

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



روال‌های تعیین خدمات دارای ضرورت پزشکی

ضرورت پزشکی توسط ارائه‌کننده مجاز مربوطه مشخص می‌شود. معیار ضرورت پزشکی توسط هر دوی Blue Shield TotalDual Plan و کانتی استفاده می‌شود، توسط کارشناسان سلامت رفتاری و ذی‌نفعان 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 تامین‌کننده ارجاع‌کننده 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 بهاشته 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.

H. این مزایا تحت پوشش طرح ما، 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 می‌کند که تحت هیچ‌گونه شرایطی پوشش نمی‌دهیم و برخی موارد که صرفاً در برخی موارد پوشش داده نمی‌شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی شده که در این بخش (یا هرکجای دیگر در این کتابچه راهنمای اعضا) ذکر شده‌اند را به جز در شرایط خاصی که اعلام شده است، پرداخت نمی‌کنیم. حتی اگر این خدمات را در یک مرکز اورژانس هم دریافت کنید، طرح هزینه این خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح درمانی ما باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند را پرداخت کند، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها، به **فصل 9 کتابچه راهنمای 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 نمی‌دهد.

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» محسوب نمی‌شوند، مگر اینکه به عنوان خدمات تحت پوشش ذکر شده باشند.
- درمان‌ها، 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 پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی، به **فصل 3 کتابچه راهنمای 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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- پرستار شخصی
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، از قبیل تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌های اخذ شده توسط بستگان بسیار نزدیک شما یا اعضای خانوارتان.
- روال‌ها یا خدمات بهسازی انتخابی یا داوطلبانه (شامل کم کردن وزن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، به منظور زیبایی‌سازی، ضدپیری و کارایی فکری)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیبایی‌سازی یا روش زیبایی‌سازی 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 می‌کنیم.
- مراقبت کابروپراکتیک و سایر دستکاری‌های ستون فقرات سازگار با رهنمودهای پوشش بیمه.
- 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.
- برگشت درمان‌های عقیم‌سازی
- خدمات متخصص طبیعی درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)
- خدمات ارائه شده به سربازان بازنشسته در مراکز امور سربازان بازنشسته (Veterans Affairs, VA) ولی هنگامی که یک سرباز بازنشسته خدمات 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.



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 ارائه کننده شما تجویز می‌کند تا از داروخانه یا توسط تحویل در منزل دریافت کنید. این داروها شامل اقلامی می‌شوند که تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal هستند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل کتابچه 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 ارائه کنندگان 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 کتابچه راهنمای 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 ارائه کننده (پزشک، دندانپزشک یا تجویز کننده دیگری) بخواهید که نسخه شما را بنویسد و این نسخه باید تحت قانون قابل اجرای ایالت معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) شما می‌باشد. اگر PCP، شما را برای دریافت مراقبت ارجاع کرده باشد، این شخص می‌تواند ارائه کننده دیگری نیز باشد.

تجویز کننده داروهای شما **نباید** در فهرست‌های «استثنا یا منع Medicare» یا هرگونه فهرست Medi-Cal مشابه باشد.

شکا به طور کلی، برای پیچیدن نسخه خود باید از داروخانه‌های شبکه استفاده کنید. یا می‌توانید نسخه خود را از طریق خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی دریافت 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. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید.)

- 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.

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویز شده شما تحت هر دو استاندارد Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.

داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته شده مصرف شود. این موضوع بدین معنی است که استفاده از این دارو باید به تصویب سازمان غذا و دارو (FDA) رسیده باشد یا مورد حمایت مراجع پزشکی خاصی باشد. تجویز کننده شما ممکن است بتواند به شناسایی مراجع پزشکی برای تأیید از استفاده درخواستی از داروی تجویز شده کمک کند. داروهای مصرف شده برای مداوای عوارضی که به تأیید FDA یا کتاب‌های مرجع نرسیده باشند، موارد مصرف «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 مورد استفاده "خارج از موارد مصرف روی برچسب" در یکی از کتاب‌های مرجع مورد تأیید CMS ذکر شده باشد.

داروی شما ممکن است قبل از اینکه آن را پوشش دهیم نیاز به تأیید داشته باشد. به بخش C در این فصل مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. پیچیدن نسخه‌های شما	139
A1. پیچیدن نسخه در یکی از داروخانه‌های شبکه	139
A2. استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام پیچیدن نسخه	139
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دادید چه باید بکنید	139
A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود باید چه کنید	139
A5. استفاده از یک داروخانه تخصصی	139
A6. استفاده از خدمات تحویل در منزل برای دریافت داروهای خود	140
A7. دریافت ذخیره بلند مدت دارو	142
A8. استفاده از خدمات داروخانه‌ای که در شبکه طرح درمانی ما نیست	142
A9. دریافت بازپرداخت برای هزینه نسخه	142
B. فهرست دارویی برنامه درمانی ما	143
B1. داروهای موجود در فهرست دارویی ما	143
B2. چگونه یک دارو را در فهرست دارویی پیدا کنیم	143
B3. داروهای ناموجود در فهرست دارویی ما	144
B4. فهرست دارویی ردیف‌های دارای سهم هزینه	145
C. محدودیت‌ها برای برخی از داروها	146
D. دلایل عدم پوشش داروی شما	147

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



- D1. دریافت مقدار موقتی از دارو 147
- D2. درخواست مقدار موقتی از دارو 148
- D3. درخواست برای استثناء 149
- E. تغییر در پوشش داروهای شما 149
- F. پوشش دارویی در موارد ویژه 151
- F1. اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی که تحت پوشش برنامه درمانی ما است 151
- F2. اقامت در مرکز مراقبت بلند مدت 151
- F3. اقامت در آسایشگاه بیماران رو به فوت دارای مجوز Medicare 151
- G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 152
- G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها 152
- G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت استفاده از داروهایتان 152
- G3. برنامه مدیریت استفاده از دارو برای استفاده ایمن از داروهای مخدر 153



A. پیچیدن نسخه‌های شما

A1. پیچیدن نسخه در یکی از داروخانه‌های شبکه

در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه‌هایی را پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما پیچیده شده باشند. داروخانه شبکه موافقت می‌کند که نسخه‌های اعضای برنامه درمانی ما را بپیچد. شما می‌توانید از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید. برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها 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 می‌کند.

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

اگر «کارت شناسایی عضو» یا BIC خود را در هنگام پیچیدن نسخه به همراه ندارید، از داروخانه بخواهید که با ما تماس گرفته و اطلاعات لازم را دریافت کند یا می‌توانید از داروخانه بخواهید که اطلاعات ثبت نام برنامه درمانی شما را بررسی کند.

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

- برای اینکه از ما بخواهید مبلغ را به شما بازپرداخت کنیم، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- اگر برای پیچیدن نسخه به کمک نیاز دارید، می‌توانید 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، می‌توانید از ارائه‌کننده بخواهید برای شما یک نسخه جدید بنویسد یا اگر اقامت دارویی از نسخه هنوز باقی مانده است از داروخانه خود بخواهید که نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خود به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود 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 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 داروهای 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 تماس بگیرد.
 - داروخانه‌هایی که به ارائه‌کننده مراقبت درمانی سرخپوستان (IHCP) و سازمان سرخپوستان شهری (UIO) داروخانه‌های خدمات سلامت سرخپوستان/برنامه بهداشت شهری Indian Health Program خدمات 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 خدمات تحویل در منزل برای دریافت داروهای خود

- برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات تحویل در منزل شبکه درمانی ما استفاده کنید. به طور کلی، داروهایی در دسترس از طریق تحویل در خانه هستند که شما به طور مرتب برای یک بیماری مزمن یا وضعیت پزشکی بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی ما در دسترس نیستند با نماد NDS در فهرست دارویی ما مشخص شده‌اند.
- خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی ما به شما امکان می‌دهد تا حداکثر 100 روز ذخیره داروهای تحت پوشش را در ردیف 1 تا 4 سفارش دهید. ذخیره 100 روزه در ردیف 1، همان سهم بیمه شده ذخیره یک ماهه را دارد:

پیچیدن نسخه‌ها از طریق تحویل در منزل

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پیچیدن نسخه‌های خود با تحویل در منزل، لطفاً با شماره پشت جلد این دفترچه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر از داروخانه تحویل در خانه استفاده می‌کنید که در شبکه برنامه درمانی نیست، نسخه شما تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.

معمولاً نسخه تحویل در منزل ظرف 5 روز به دست شما می‌رسد. اگر در سفارش نسخه تحویل در منزل تأخیر ایجاد شود یک اطلاعیه دریافت خواهید کرد. اگر در این مورد سوالی دارید، لطفاً با داروخانه آمازون به شماره 208-4665 (856) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند. در صورت نیاز، خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan می‌تواند به شما در دریافت مقدار کافی دارو از یک داروخانه شبکه خرده‌فروشی محلی کمک کند، بنابراین تا زمان رسیدن داروی تحویل در منزل خود، بدون دارو نیستید. 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 خرده‌فروشی ارسال نماید و بتوانید مقدار داروی مورد نیاز خود را تا زمانی که داروی تحویل در منزل را دریافت می‌کنید، دریافت نمایید.

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



اگر مدت تاخیر از زمان سفارش به تامین کننده داروی تحویل در منزل، بیش از 5 باشد و علت آن گم شدن دارو در سیستم پستی باشد، خدمات مشتری داروخانه آمازون می‌تواند سفارش جایگزین را هماهنگ کند.

فرایندهای تحویل در منزل

خدمات تحویل در منزل برای نسخه‌های جدید دریافتی از شما، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه دهنده شما دریافت می‌کند و نسخه‌های تحویل در منزل شما، روال‌های متفاوتی دارد.

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه به‌طور خودکار نسخه‌های جدیدی را که از شما دریافت می‌کند می‌پیچد و تحویل می‌دهد.

2. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از مطب ارائه کننده شما دریافت می‌کند

پس از اینکه داروخانه نسخه‌ای را از یک 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 تاخیر در ارسال جلوگیری شود.

3. تجدید نسخه‌های تحویل در منزل

برای تجدید داروهای خود، شما گزینه ثبت نام در برنامه تجدید خودکار را دارید. در این برنامه، به محضی که سوابق‌مان نشان دهد که اتمام داروهای شما نزدیک است، ما به صورت خودکار به تجدید نسخه بعدی شما رسیدگی می‌کنیم.

- داروخانه قبل از ارسال هر تجدید نسخه با شما تماس می‌گیرد تا اطمینان حاصل شود که به داروی بیشتری نیاز دارید و اگر به اندازه کافی دارو دارید یا اگر داروی شما تغییر کرده است، می‌توانید تجدید نسخه برنامه ریزی شده را لغو کنید.
- اگر تصمیم به عدم استفاده از برنامه تجدید خودکار ما دارید، 14 روز قبل از اتمام نسخه فعلی با داروخانه خود تماس بگیرید تا مطمئن شوید سفارش بعدی شما به موقع برای شما ارسال می‌شود.

برای خروج از برنامه ما که به طور خودکار تجدید تحویل در خانه را آماده می‌کند، با ما از طریق داروخانه آمازون با شماره 208-4665 (856) در 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید.

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.

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



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. ذخیره 100 روزه در ردیف 1، همان سهم بیمه شده ذخیره یک ماهه را دارد: فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی می‌باشد که می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را به شما ارائه دهند. همچنین شما می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات تحویل در منزل شبکه برنامه درمانی ما برای دریافت ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی استفاده کنید. برای آشنایی با خدمات تحویل در منزل به بخش A6 مراجعه کنید.

A8. استفاده از خدمات داروخانه‌ای که در شبکه طرح درمانی ما نیست

ما معمولاً هزینه داروهای دریافت شده در داروخانه خارج از شبکه را تنها در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما در خارج منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا می‌توانید نسخه‌های خود را به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما بپیچید. در این موارد، ابتدا با هماهنگ کننده مراقبت خود یا خدمات مشتری تماس بگیرید تا متوجه شوید که آیا داروخانه شبکه در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

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

- اگر شما قادر به دریافت به موقع یک داروی تحت پوشش در محدوده سرویس‌دهی ما نیستید چون هیچ داروخانه شبکه‌ای در مسافت رانندگی معقول 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 خرده فروشی شبکه و اجد شرایط یا داروخانه‌های با خدمات سفارش پستی موجود نمی‌شود (این داروها شامل داروهای نادر، داروهای گران و خاص، یا سایر داروهای تخصصی می‌شود)
- بعضی واکسن‌هایی که در مطب پزشک شما تزریق می‌شوند و پوشش Medicare بخش B ندارند و قاعدتاً نمی‌توان آنها را در یک داروخانه شبکه یافت، ممکن است برای دسترسی خارج از شبکه پوشش داشته باشند.
- نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌شوند محدود به مصرف 30 روز داروهای تحت پوشش هستند.

A9. دریافت بازپرداخت برای هزینه نسخه

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً در هنگام دریافت داروهای خود باید هزینه کامل را به جای سهم بیمه شده پرداخت کنید. می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست کنید.

اگر هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، به طور کامل پرداخت کنید، ممکن است بتوانید پس از پرداخت هزینه نسخه توسط Medi-Cal Rx، مبلغ را از داروخانه پس بگیرید. از طرف دیگر، می‌توانید با ارسال درخواست مطالبه «بازپرداخت هزینه‌های پرداخت شده از جیب (Conlan) Medi-Cal» 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

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7 کتابچه راهنمای 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 اقلیمی 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) 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 محصولات بیولوژیکی (که ممکن است شامل داروهای بیوسیمیلار [مشابه زیستی] باشد) است.

داروی برند، یک داروی نسخه دار است که با نام تجاری متعلق به تولیدکننده دارو فروخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی داروهای هستند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. در فهرست دارویی ما، وقتی به کلمه «داروها» اشاره می‌کنیم، ممکن است به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک از همان ترکیبات فعال داروهای برند ساخته شده‌اند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار (مشابه زیستی) نامیده می‌شود. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی اثر می‌کنند و معمولاً ارزان‌تر هستند. بسیاری از داروهای برند، جایگزین ژنریک دارند و برخی از محصولات بیولوژیکی، جایگزین‌های بیوسیمیلار دارند. برخی بیوسیمیلارها، بیوسیمیلار قابل تعویض هستند و بسته به قانون ایالتی ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید برای محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه جایگزین شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند برای داروهای مارک دار جایگزین شوند.

برای تعریف انواع داروهایی که ممکن است در فهرست دارویی باشند به **فصل 12** مراجعه کنید.

B2. چگونه یک دارو را در فهرست دارویی پیدا کنیم

برای اینکه بفهمید که آیا دارویی که مصرف می‌کنید در فهرست دارویی ما وجود دارد یا نه، می‌توانید:

- از وبسایت طرح درمانی ما به نشانی blueshieldca.com/medformulary2025 بازدید کنید. فهرست دارویی در وبسایت ما همیشه جدیدترین است.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- برای اینکه بفهمید که آیا یک دارو در فهرست دارویی ما وجود دارد یا برای درخواست نسخه‌ای 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) 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](http://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 کتابچه راهنمای 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 یا ارائه دهنده دیگر ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان آن بیماری تایید نشده باشد. این کار «استفاده فاقد برچسب» خوانده می‌شود. برنامه درمانی ما معمولاً داروهای 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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- 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 حاوی فلوراید*
- 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 و داروهای بیوسیمیلار.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: داروهای برند ترجیحی - شامل داروهای برند ترجیحی، داروهای بیوسیمیلار و برخی داروهای ژنریک.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4: داروهای برند غیر-ترجیحی، شامل داروهای برندهای غیر ترجیحی، بیوسیمیلار و بعضی داروهای ژنریک.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی (با بیشترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای برند بسیار گران، داروهای بیوسیمیلار و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به پردازش خاص و یا نظارت از نزدیک داشته باشند.

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

فصل 6 کتابچه راهنمای 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 ویژه‌ای نحوه و هنگامی که 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. هنگامی که یک داروی ایمن و کم هزینه تر به همان میزان داروی گرانتر 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 استثنای 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 استثنای قائل شدن، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید.

1. محدودسازی استفاده از داروی برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی در مواقعی که یک نسخه قابل تعویض ژنریک یا بیوسیمیلار در دسترس است.

به طور کلی، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض به همان اندازه یک داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی کار می‌کند و معمولاً ارزان تر است. در بیشتر موارد، اگر نسخه مشابه زیستی ژنریک یا قابل تعویض داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی در دسترس باشد، داروخانه‌های شبکه ما نسخه مشابه زیستی ژنریک یا قابل تعویض را به شما می‌دهند.

- ما معمولاً هزینه داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی را هنگامی که نوع ژنریک آن موجود باشد پرداخت نمی‌کنیم.
- ولی اگر ارائه کننده شما با ذکر دلیل پزشکی به ما بگوید که داروی ژنریک بیوسیمیلار قابل تعویض 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 تجویز کننده 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 گران تر را پوشش دهیم، شما داروی ارزان تر (که به همان اندازه مؤثر هستند) را امتحان کنید. برای مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه یکسان را مداوا می‌کنند و داروی A ارزان تر از داروی B است، ممکن است لازم بدانیم که شما ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر 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/medformulary2025 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 کتابچه راهنمای 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 هنگامی که دارو در فهرست دارویی ما نیست یا دارای نوعی محدودیت است، به شما بدهیم. این کار به شما فرصتی می‌دهد تا در مورد دریافت داروی متفاوتی با ارائه‌کننده خود صحبت کنید یا از ما بخواهید که دارو را تحت پوشش قرار دهیم.

برای دریافت مقدار موقت دارو، شما باید دو قاعده زیر را برآورده کنید:

1. دارویی که مصرف می‌کرده‌اید:

- دیگر در فهرست دارویی ما نیست یا
- هرگز در فهرست دارویی ما نبوده است یا
- هم اکنون به صورتی محدودیت دارد.

2. شما باید در یکی از موقعیت‌های زیر باشید:

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- سال گذشته در طرح درمانی ما بوده‌اید.
 - ما مقدار موقتی از داروهای شما را در **90 روز اول از یک سال تقویمی** پوشش می‌دهیم.
 - این مقدار موقت برای حداکثر **30 روز** است.
 - اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده است، ما چندین تجدید نسخه را برای دریافت مقدار دارو برای حداکثر **30 روز** استفاده، اجازه می‌دهیم. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه بپیچید.
 - داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است 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 در یک داروخانه شبکه بپیچید.
 - 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 صورتی که 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.
- هنگامی که یک ذخیره موقت دارویی را دریافت می‌کنید، باید بلافاصله با ارائه کننده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید هنگامی که ذخیره داروی شما تمام شد چه کار کنید. گزینه‌های شما عبارتند از:
- می‌توانید به داروی دیگری تغییر دهید.
 - برنامه درمانی ما ممکن است داروی دیگری را که برای شما مؤثر است، پوشش دهد. می‌توانید با خدمات مشتریان تماس گرفته و برای فهرستی از داروهای تحت پوشش که همان عارضه پزشکی را درمان می‌کنند درخواست کنید. این فهرست می‌تواند به ارائه کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را پیدا کند.
 - یا
 - می‌توانید برای استثنا درخواست کنید.



شما و ارائه کننده شما می‌توانید از ما برای استثنای درخواست کنید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست را پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه کننده شما بگوید که یک دلیل خوب پزشکی برای استثنای دارو، می‌تواند برای دریافت استثنای شما کمک کند.

D3. درخواست برای استثناء

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

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

برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثناء، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

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

E. تغییر در پوشش داروهای شما

بیشتر تغییرات در پوشش دارو در 1 ژانویه اتفاق می‌افتد، 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 می‌کنید 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 ادامه سال حذف نکرده یا تغییر نخواهیم داد، مگر آنکه:

- یک داروی جدید و ارزان‌تر وارد بازار شود که به اندازه دارویی که در حال حاضر در فهرست دارویی ما است، کارایی داشته باشد، یا
- ما متوجه شویم که دارو ایمن نیست، یا
- یک دارو از بازار جمع‌آوری شود.

اگر پوشش دارویی که مصرف می‌کنید تغییر کند، چه اتفاقی می‌افتد؟

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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/medformulary2025 یا بررسی کنید
- برای بررسی لیست دارویی فعلی ما از طریق شماره تلفن درج شده در پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است در فهرست دارویی ایجاد کنیم که در طول سال برنامه درمانی فعلی بر شما تأثیر می‌گذارد

بعضی تغییرات فهرست دارویی بلافاصله اعمال می‌شوند. برای مثال:

- یک داروی ژنریک جدید موجود شود. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار جدید به بازار عرضه می‌شود که همان اثر داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی را دارد که در حال حاضر در فهرست دارویی وجود دارد. 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 می‌ماند.
- هنگامی که 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 هنگامی که ایجاد شد برای شما ارسال خواهیم کرد.
- شما یا ارائه‌کننده شما می‌توانید برای «مستثنی شدن» از این تغییرات درخواست کنید. ما اطلاعیه‌ای 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 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

دارو از بازار جمع آوری شده است. اگر FDA اظهار کند که دارویی که مصرف می‌کنید ایمن یا اثربخش نیست یا تولیدکننده دارو آن را از بازار جمع آوری کند، ما ممکن است آن را فوراً از فهرست دارویی خود حذف کنیم. اگر دارو را مصرف می‌کنید، ما اعلامیه‌ای را بعد از ایجاد تغییرات برای شما ارسال خواهیم کرد. تجویزکننده 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.

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 ذخیره 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 ادامه پوشش دارو یا نسخه دارویی که مصرف می‌کرده‌اید درخواست استثنا از این تغییرات کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثنا قائل شدن، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید.

تغییرات فهرست دارویی که در طول سال برنامه درمانی فعلی بر شما تأثیری نمی‌گذارد

ممکن است در داروهایی که مصرف می‌کنید تغییراتی ایجاد کنیم که در بالا توصیف نشده و 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 تأثیری نمی‌گذارد.

اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید اتفاق بیفتد (به غیر از تغییراتی که در بخش فوق ذکر شد)، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد بر روی مصرف شما تأثیری نخواهد داشت.

ما مستقیماً در طول سال جاری این نوع تغییرات را به شما اطلاع خواهیم داد. شما باید فهرست دارویی را برای سال برنامه درمانی بعدی (زمانی که این فهرست در طول دوره ثبت نام باز موجود است) بررسی کنید تا ببینید آیا تغییراتی وجود دارد که در طول سال برنامه درمانی بعدی بر شما تأثیر بگذارد.

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 نسخه‌دار شما 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.

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 ارائه کنندگان 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 ثبت نام کرده باشید و به داروهای خاصی (به عنوان مثال، درد، داروهای ضد تهوع، ملین یا داروهای 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

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



ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه کننده خدمات آسایشگاهی شما اعلانی دریافت کند که دارو با بیماری مرتبط نیست.

- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه شما را بپیچد، از ارائه کننده خدمات آسایشگاه بیماران رو به فوت یا تجویزکننده خود بخواهید تا اطمینان حاصل کند که ما اعلان مربوط به نامرتب 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 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها

هربار که یک نسخه را دریافت می‌کنید، ما به مشکلات احتمالی توجه می‌کنیم، از قبیل خطاهای دارویی یا داروهایی که:

- ممکن است لازم نباشند چون داروی مشابه دیگری را مصرف می‌کنید که همان اثر را دارد
- ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- ممکن است در صورتی که با هم مصرف کنید برای شما مضر باشند
- موادی دارند که به آنها حساسیت دارید یا ممکن است به آنها حساسیت داشته باشید
- دارای مقادیر ناایمنی 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 درمانی 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

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- 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 تجویزکننده خود در مورد برنامه اقدامات و فهرست 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.
- برنامه‌های مدیریت دارو درمانی (MTM) داوطلبانه بوده و برای اعضای که واجد شرایط هستند، رایگان است. اگر برنامه‌ای وجود دارد که با نیازهای شما سازگاری دارد، شما را در این برنامه ثبت نام کرده و اطلاعاتی را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در این برنامه شرکت کنید، به ما اطلاع دهید تا شما را از این برنامه کنار بگذاریم.
- اگر در مورد این 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 داروهایی 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 تجویز کننده یا داروخانه دریافت می‌نمایید یا اگر اخیراً دچار اوردوز (مصرف بیش از حد) مواد افیونی شده‌اید، ممکن است با تجویزکننده خود 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 تجویز کننده، 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 تجویزکنندگان 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 ارائه کننده یا داروخانه خاص دریافت کنید.



شما این فرصت را خواهید داشت که به ما بگویید ترجیح می‌دهید از کدام تجویز کننده 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 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.)

DMP ممکن است برای شما اعمال نشود اگر شما:

- شرایط پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری داسی گویچه 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 هزینه‌ای 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 Extra Help دریافت می‌کنید.

برنامه Extra Help، 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. Extra Help، «برنامه یارانه برای افراد کم درآمد» یا LIS نیز گفته می‌شود.

سایر عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل کتابچه 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 محدودیتی برای داروها وجود دارد
 - اگر به نسخه‌ای از فهرست دارویی ما نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. می‌توانید فهرست دارویی را در وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/medformulary2025 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://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.
- فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

فهرست مطالب

- A. توصیف مزایا (EOB)..... 157
- B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما 158
- C. شما هزینه‌ای را برای ذخیره یک ماهه یا بلندمدت داروها پرداخت نمی‌کنید 159
- C1. گزینه‌های شما برای داروخانه 159
- C2. دریافت ذخیره بلند مدت از یک دارو 160
- D. واکسیناسیون‌ها 160
- D1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید 160



A. توصیف مزایا (EOB)

برنامه درمانی ما حساب داروهای نسخه دار شما را نگه می‌دارد. ما حساب دو نوع هزینه را نگه می‌داریم:

- **هزینه پرداخت شده از جیب شما.** این مبلغی می‌باشد که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌های شما می‌پردازند. این هزینه شامل مبلغی می‌شود که هنگام دریافت داروی تحت پوشش بخش D پرداخت کردید، هرگونه پرداخت هزینه داروهای خود که توسط خانواده یا دوستان انجام می‌شود، هرگونه پرداخت هزینه داروهای شما توسط Extra Help از Medicare، کارفرما یا برنامه‌های درمانی اتحادیه اروپا، TRICARE، خدمات Indian Health Service، برنامه‌های کمک دارویی ایدز و خیریه.
- **کل هزینه‌های دارویی شما.** این کل مبلغی می‌باشد که برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت شده است. این هزینه شامل مبلغی که برنامه درمانی پرداخت کرده است یا مبلغی که سایر برنامه‌ها یا سازمان‌ها برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت کرده‌اند.

هنگامی که داروهای نسخه دار را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید، ما خلاصه گزارشی را برای شما ارسال می‌کنیم که **توصیف مزایا** خوانده می‌شود. به این گزارش مختصراً EOB می‌گوییم. EOB صورت‌حساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید، دارد. شما می‌توانید درباره این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با تجویز کننده خود صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر می‌شود:

- **اطلاعات برای این ماه.** این قسمت حاوی داروهای نسخه داری می‌باشد که در ماه قبل دریافت کرده‌اید. این گزارش کل هزینه‌های دارویی، مبلغی که پرداخت کردیم و آنچه شما و دیگران برای شما پرداخت می‌کنند را نشان می‌دهد.
 - **اطلاعات "از ابتدای سال جاری تا امروز".** این قسمت حاوی کل هزینه‌های دارویی شما و کل مبلغی می‌باشد 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.
 - **جایگزین‌های ارزان‌تر.** در صورت موجود بودن، در قسمت زیر داروهای فعلی شما در خلاصه گزارش ظاهر می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با تجویز کننده خود صحبت کنید.
- ما پوشش داروهایی که تحت Medicare نمی‌باشد را عرضه می‌کنیم.

- **مبالغی که برای این داروها پرداخت شده در حساب کل هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما منظور نمی‌شود.**
- **اکثر داروهای نسخه دار که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح درمانی هستند.** سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر از وب سایت Medi-Cal Rx به نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal با شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً وقتی از طریق Medi-Cal Rx دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی مزایای Medi-Cal یا (BIC) خود را همراهتان بیاورید.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- برای کسب اطلاعات در مورد داروهایی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد، به فهرست دارویی ما مراجعه کنید.

B. نگاه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما

برای نگاه داشتن و ردگیری هزینه‌های دارویی شما و مبالغی که پرداخت می‌کنید، ما از مدارک دریافت شده از سوی شما و داروخانه شما استفاده می‌کنیم. شما به این صورت می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضو خود استفاده کنید.

کارت شناسایی عضو خود را هر بار که نسخه‌ای را می‌پیچید نشان دهید. این کار به ما کمک خواهد کرد که بدانیم چه نسخه‌هایی را پیچیدید و چه مبلغی را پرداخت کردید.

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

نسخه‌ای از رسیدهای هزینه‌ای که برای داروهای تحت پوشش پرداخت کردید را به ما بدهید. شما می‌توانید از ما بخواهید که هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

در اینجا چند نمونه از مواقعی ذکر می‌شود که باید نسخه‌ای از رسیدهای خود را به ما بدهید:

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

برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت به شما برای دارو، به **فصل 7 کتابچه راهنمای 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 سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز به حساب هزینه‌های نقدی شما گذاشته می‌شوند. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه امداد دارویی ای‌دی‌ز (ADAP)، خدمات Indian Health Service و بیشتر خیریه پرداخت شوند به حساب هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما گذاشته می‌شوند.

4. EOBهایی که برای شما ارسال می‌کنیم را کنترل کنید.

هنگامی که EOB را از طریق پست دریافت می‌کنید، مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد.

- آیا نام هر داروخانه‌ای را تشخیص می‌دهید؟ تاریخ‌ها 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 می‌توانید با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضای Blue Shield TotalDual Plan را مطالعه کنید. همچنین می‌توانید 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 می‌توانید پاسخ بسیاری از سوالات را در وب سایت ما بیابید: blueshieldca.com/medicare

در مورد تقلب‌های احتمالی چطور؟

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

- با ما از طریق خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.
- یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می‌توانید رایگان با این شماره‌ها، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید ارائه کننده که Medi-Cal دریافت می‌کند 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 روش‌های گزارش تقلب در Medi-Cal را می‌توانید در آدرس زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

اگر فکر می‌کنید که موضوعی اشتباه است یا جا افتاده یا اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این EOBها را نگه دارید. اینها مدارک مهمی در مورد هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. شما هزینه‌ای را برای نذیره یک ماهه یا بلندمدت داروهای پرداخت نمی‌کنید

با برنامه درمانی ما، تا زمانیکه از مقررات ما پیروی کنید، هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

C1. گزینه‌های شما برای داروخانه

مبلغی که برای دارو می‌پردازید بستگی دارد که دارو را از:

- یک داروخانه شبکه دریافت یا
- داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید. ما در موارد محدود هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش می‌دهیم. برای اینکه بدانید چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

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



- یک داروخانه تحویل در منزل.

برای اطلاع از نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر در صورتی که به شما گفته شود دارو تحت پوشش نخواهد بود، به **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه‌های داروخانه، به **فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا و فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما** مراجعه کنید.

C2. دریافت ذخیره بلند مدت از یک دارو

برای برخی داروها، می‌توانید ذخیره بلند مدت را در هنگام پیچیدن نسخه خود دریافت کنید ("ذخیره تمدید یافته" نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلند مدت یک ذخیره 100 روزه است. برای ذخیره بلند مدت هیچ هزینه‌ای برای شما ندارد.

برای جزئیات مکان و نحوه دریافت ذخیره بلند مدت دارو به **فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا یا فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها** مراجعه کنید.

D. واکسیناسیون‌ها

پیام مهم درباره مبالغی که بابت واکسن می‌پردازید: برخی واکسن‌ها مزایای پزشکی محسوب می‌شوند و تحت پوشش Medicare بخش B هستند. سایر واکسن‌ها داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید فهرست این واکسن‌ها را در **فهرست داروهای تحت پوشش (مجموعه دارویی)** طرح درمانی بیابید. برنامه درمانی ما بیشتر واکسن‌های Medicare بخش D را بدون هزینه برای شما پوشش می‌دهد. به **فهرست داروهای تحت پوشش (مجموعه دارویی)** طرح درمانی خود مراجعه کنید یا برای جزئیات بیشتر در مورد پوشش و سهم هزینه‌های واکسن‌های خاص با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

پوشش واکسیناسیون‌های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

1. بخش اول پوشش برای هزینه خود واکسن است. واکسن یک داروی نسخه دار می‌باشد.
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.

D1. آنچه باید قبل از دریافت واکسیناسیون بدانید

توصیه می‌کنیم در صورتی که تصمیم دارید واکسیناسیون شوید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- ما می‌توانیم اطلاعاتی در مورد نحوه پوشش واکسیناسیون شما توسط برنامه درمانی‌مان را به شما ارائه کنیم.



فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

مقدمه

در این فصل، اطلاعات لازم در مورد چگونگی و زمان ارسال صورتحساب برای ما جهت درخواست پرداخت در اختیاران قرار می‌گیرد. علاوه بر این، نحوه درخواست تجدیدنظر را در صورتی که با تصمیم پوشش درمان موافق نیستید توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای شما 162
- B. ارسال درخواست پرداخت برای ما 165
- C. تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها 166
- D. تجدیدنظرها 167



A. درخواست از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای شما

شما نباید صورتحسابی را برای خدمات یا داروهای درون شبکه دریافت کنید. 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 فصل 7، بخش B 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 آن 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 کرده‌اید، 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 کرده‌اید 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.
- اگر شما 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-Cal باید مبلغی که پرداخت کرده‌اید 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



شبهه 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 ارائه‌کنندگان 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 یا خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید که چقدر باید پرداخت می‌کردید یا اگر صورتحسابی را دریافت کردید و نمی‌دانید با آن چه کار کنید، ما می‌توانیم کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی را در مورد درخواست برای پرداخت مبلغی که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید 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 کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم:

1. هنگامی که مراقبت اورژانس یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید

ارائه‌کننده 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 ارائه‌کننده 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 ارائه‌کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
 - اگر قبلاً بیش از سهم خود از هزینه برای خدمات Medicare پرداخت کرده‌اید، ما مبلغی که بدهکار هستید را محاسبه کرده و سهم هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

2. هنگامی که ارائه‌کننده شبکه برای شما صورتحساب بفرستد

ارائه‌کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند. مهم است که هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی عضو خود را نشان دهید؛ با این حال، گاهی اوقات ارائه‌دهندگان شبکه اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند هزینه خدمات خود یا بیش از سهم خود از هزینه‌ها را پرداخت کنید. اگر صورتحساب دریافت کردید از طریق شماره موجود در پایین این صفحه با خدمات مشتریان یا با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود تماس بگیرید.



- از آنجایی که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما مسئول پرداخت هیچ هزینه‌ای نیستید. ارائه کنندگان نباید برای این خدمات هزینه‌ای از شما مطالبه کنند.
- هر زمان که صورتحسابی را از یک ارائه کننده شبکه دریافت می‌کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه کننده تماس گرفته و ترتیب مشکل را می‌دهیم.
- اگر قبلاً صورتحساب یک ارائه کننده شبکه را برای خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت کرده‌اید، 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. هنگامی که از داروخانه خارج از شبکه برای پیچیدن نسخه استفاده می‌کنید

- اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، باید هزینه کامل نسخه خود را پرداخت کنید.
- ما تنها در چند مورد هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش خواهیم داد. رونوشتی از رسید خود را هنگامی که از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید برای ما ارسال کنید.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی اعضا** خود مراجعه کنید.
- ممکن است تفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت کردید و مبلغی که در داروخانه داخل شبکه پرداخت خواهیم کرد را به شما بازپرداخت نکنیم.

5. هنگامی که هزینه کامل نسخه Medicare بخش D را پرداخت می‌کنید چون کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید

- اگر کارت شناسایی عضویت را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرند یا اطلاعات عضویت در برنامه درمانی شما را کنترل کنند.
- اگر داروخانه نمی‌تواند 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.
- رونوشتی از رسید خود را هنگامی که از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید برای ما ارسال کنید.
- اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت مذاکره شده ما برای نسخه باشد، ممکن است هزینه کامل پرداخت شده را به شما بازپرداخت نکنیم.



6. هنگامی که هزینه کامل نسخه Medicare بخش D را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

ممکن است هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید چون دارو تحت پوشش نیست.

- دارو ممکن است در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) در وبسایت ما موجود نباشد یا ممکن است شرایط یا محدودیتی داشته باشد که شما نمی‌دانستید یا فکر می‌کنید که نباید برای شما اعمال شود. اگر تصمیم بگیرید که دارو را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل آن را پرداخت کنید.

○ اگر هزینه دارو را پرداخت نکنید به این دلیل که فکر می‌کنید ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید برای یک درخواست برای تصمیم پوششی ارسال کنید (به فصل 9، کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

○ اگر شما و پزشک شما یا سایر تجویز کنندگان فکر می‌کنید که فوراً (طرف 24 ساعت) به این دارو نیاز دارید، می‌توانید برای یک تصمیم پوششی تسریع‌شده درخواست کنید (به فصل 9، کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

- رونوشتی از رسید خود را هنگامی که از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید برای ما ارسال کنید. در برخی موارد ممکن است به اطلاعات بیشتری از سوی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر نیاز داشته باشیم تا هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم. اگر قیمتی که پرداخت کردید بالاتر از قیمت مذاکره شده ما برای نسخه باشد، ممکن است هزینه کامل پرداخت شده را به شما بازپرداخت نکنیم.

هنگامی که درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند. این موضوع "تصمیم پوشش" خوانده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار دهیم، هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد.

اگر درخواست را قبول نکنیم، شما می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 کتابچه راهنمای 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. مدرک مبلغ پرداخت شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه کننده دریافت کردید. خوب است که از صورتحساب و رسیدهای خود برای بایگانی رونوشت بردارید. می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود درخواست راهنمایی کنید. باید اطلاعات پزشکی خود را ظرف یک سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کرده‌اید ارسال کنید. باید اطلاعات داروهای نسخه دار بخش D خود را ظرف سه سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کرده‌اید 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 وب سایت ما (blueshieldca.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:

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



مطالبات پزشکی:

Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 5927-2640

مطالبات داروهای نسخه دار بخش D:

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

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

هنگامی که 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 بگیریم که طرح ما خدمات، اقلام یا داروها را پوشش می‌دهد و شما از مقررات دریافت آن پیروی کرده‌اید، ما 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 هزینه کامل دارو را پرداخت کنید، ممکن است مبلغ کامل پرداخت شده را به شما بازپرداخت نشود (برای مثال، اگر دارویی را در داروخانه خارج از شبکه دریافت کرده‌اید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت مذاکره شده ما باشد). اگر شما مبلغ را پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا مقررات دریافت خدمات تحت پوشش شما را توضیح می‌دهد.

فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مقررات دریافت داروهای نسخه دار تحت پوشش Medicare بخش D را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم بگیریم که هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای 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 اشتباهی 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 تجدید نظرها، به **فصل 9 کتابچه /اعضاء 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 مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

- A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند. 169
- B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش. 170
- C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات سلامت محافظت شده شما (PHI). 171
- C1. نحوه محافظت از PHI شما. 171
- C2. شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید. 172
- D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما. 172
- E. عدم توانایی ارائه‌دهندگان شبکه در ارسال مستقیم صورت حساب برای شما. 173
- F. حق شما در خروج از برنامه درمانی ما. 173
- G. حقوق شما در مورد تصمیم‌گیری برای مراقبت درمانی خود. 174
- G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری‌هایتان. 174
- G2. حقوق شما برای گفتن اینکه اگر نتوانید در مورد مراقبت درمانی از خودتان تصمیم بگیرید، می‌خواهید چه اتفاقی بیافتد. 174
- G3. اگر دستورالعمل‌های شما مراعات نشوند باید چه کار کنید. 175
- H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیماتمان. 176
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد. 176
- I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه. 176

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



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 اختیاراتان 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 هماهنگ کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.

- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی ساده، چینی سنتی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، می‌پن، پنجابی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه کند. 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:

هماهنگ کننده Blue Shield of California Civil Rights

P.O. Box 629007

El Dorado Hills, CA 95762- 9007

تلفن: (711) 844-831-4133 (TTY)

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 برنامه درمانی 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-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) 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.

- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

- دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



شما می‌توانید نحوه تماس با شما، و همچنین نژاد، قومیت، زبان و گرایش جنسی، هویت جنسی و اطلاعات ضمائر را با بازدید از پورتال اعضا به روز کنید. این اطلاعات به ما کمک می‌کند تا نیازها و ترجیحات خاص شما را درک کرده و از آنها پشتیبانی کنیم. ما اهمیت حفظ محرمانگی و محرمانه بودن اطلاعات شخصی شما را درک می‌کنیم و تعهدات خود در این رابطه را جدی می‌گیریم. ما سیاست‌ها و روال‌هایی برای مدیریت دسترسی به تعیین زمان و نحوه استفاده از این داده‌ها داریم. از این اطلاعات برای تعیین پوشش مزایا و/یا خدمات شما استفاده نخواهد شد. ما ممکن است نیازهای زبان فردی شما را با ارائه دهندگان خاص شما به اشتراک بگذاریم تا به حمایت از نیازهای مراقبت‌های درمانی شما کمک کنیم.

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 ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه‌کننده شبکه با ما همکاری دارد. در **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضای خود**، می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره انواع ارائه‌کنندگانی که می‌توانند به عنوان PCP انتخاب شوند و نحوه انتخاب PCP را بیابید.
- برای کسب اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و پزشکانی که بیمار جدید قبول می‌کنند با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات مشتریان تماس گرفته یا در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها جستجو کنید.
- شما حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص سلامت زنان بروید. ارجاع، در واقع تأییدیه PCP شما برای استفاده از خدمات ارائه‌کننده‌ای است که PCP شما نیست.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کنندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
 - این موضوع شامل حق دریافت به موقع خدمات از سوی متخصصین می‌باشد.
 - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید که خدمات اضطراری یا مراقبتی که نیاز مبرم دارد را بدون اجازه قبلی (PA) دریافت کنید.
- شما حق دارید که نسخه‌هایتان در هر یک از داروخانه‌های شبکه ما بدون تأخیرات طولانی پیچیده شوند.
- شما حق دارید از زمانیکه امکان استفاده از ارائه‌کننده خارج از شبکه را دارید، آگاه شوید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌کنندگان خارج از شبکه، به **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا خود** مراجعه کنید.
- هنگامی که ابتدا عضو برنامه درمانی ما می‌شوید، در صورتی که شرایط خاصی برآورده شود، شما حق خواهید داشت که ارائه‌کنندگان و اجازه‌های فعلی استفاده از خدمات خود را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات، به **فصل 1 کتابچه راهنمای اعضا خود** مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود تصمیمات مراقبت‌های درمانی خود را بگیرید.

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

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد در مورد اینکه اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروها را در مدت زمان قابل قبول دریافت نمی‌کنید چه کارهایی می‌توانید انجام دهید. علاوه بر این، اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد در مورد اینکه اگر پوشش برای خدمات یا داروهای شما را قبول نکردیم و شما با تصمیم ما موافق نبودید چه کارهایی می‌توانید انجام دهید.

C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات سلامت محافظت شده شما (PHI)

ما از اطلاعات PHI شما مطابق با الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

اطلاعات PHI شما شامل اطلاعاتی می‌شود که در هنگام عضویت در برنامه درمانی ما، در اختیار ما قرار می‌دهید. همچنین شامل پرونده‌های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و درمانی می‌شود.

در مورد اطلاعات و کنترل نحوه استفاده از PHI حقوقی دارید. ما یک اعلامیه کتبی به شما ارائه می‌دهیم که در مورد این حقوق به شما توصیه کرده و نحوه حفاظت از محرمانگی PHI شما را توضیح می‌دهد. این اعلامیه «سیاست حفظ محرمانگی» خوانده می‌شود.

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 می‌کند. 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 نمی‌دهد. Blue Shield TotalDual Plan درخواست‌های ارتباط محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به آسانی در فرم و قالب درخواستی یا در مکان‌های جایگزین قابل تولید باشد، پاسخ می‌دهد. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند معتبر خواهد بود. برای درخواست یک رونوشت از سیاست‌های حفظ اسرار ما یا درخواست قرار دادن ارتباطات محرمانه در پرونده شما، می‌توانید 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 می‌توانید سیاست‌های حفظ اسرار و فرم ارتباطات محرمانه را ببابید.

2. با شماره تلفن خدمات مشتریان روی کارت شناسایی عضویت Blue Shield خود تماس بگیرید.

3. توسط شماره رایگان 8080-266-888 با دفتر حریم 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 می‌شویم که هیچ شخص غیرمجازی پرونده‌های شما را مشاهده نکند یا تغییر ندهد.

به جز موارد ذکر شده در زیر، ما PHI شما را به شخصی نمی‌دهیم که خدمات مراقبتی به شما ارائه نمی‌کند یا هزینه مراقبت شما را نمی‌پردازد. اگر بخواهیم چنین کاری بکنیم، باید ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری برای شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. اینگونه استثناها توسط قانون اجازه داده شده یا لازم است:

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت خدمات مراقبتی طرح درمانی ما را بررسی کنند.
- ممکن است PHI را در صورت حکم دادگاه، اما فقط در صورتی که توسط قانون کالیفرنیا مجاز باشد، افشا 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.

C2. شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده‌های خود رونوشت بگیرید.
- شما حق دارید که از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را بروزآوری یا تصحیح کنیم. اگر از ما بخواهید که این کار را بکنیم، ما با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی شما همکاری کرده تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند.
- 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 سؤالات یا نگرانی‌هایی 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 ارائه‌کنندگان ما و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی از ما دریافت کنید. شما همچنین حق دارید در مورد حقوق و مسئولیت‌های اعضای برنامه درمانی توصیه‌هایی را ارائه کنید.

اگر انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به سؤالاتی که در مورد برنامه درمانی ما داشته باشید ارائه می‌کنیم. برای دریافت مترجم شفاهی، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان هستند. این خدمات برای شما رایگان هستند. کتابچه راهنمای اعضا و سایر مطالب مهم به زبان‌های غیر از انگلیسی موجود می‌باشند. مطالب را می‌توان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی ساده، چینی سنتی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، پنجابی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی نیز در دسترس قرار داد. ما می‌توانیم 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 برنامه‌های درمانی
- برنامه درمانی ما، از جمله:
 - اطلاعات مالی
 - چگونگی امتیازدهی اعضای طرح به ما
 - تعداد تجدیدنظرهای درخواست شده توسط اعضا

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- نحوه خروج از برنامه درمانی ما
- شبکه ارائه‌کنندگان ما و داروخانه‌های شبکه ما
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی
 - صلاحیت ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - نحوه پرداخت هزینه به ارائه‌کنندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
 - خدمات (به فصل 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید) تحت پوشش و داروهای (به فصل 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش طرح ما
 - محدودیت‌های 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 می‌توانید انجام دهید (به فصل 9 کتابچه راهنمای 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 کرده‌اید

E. عدم توانایی ارائه‌دهندگان شبکه در ارسال مستقیم صورتحساب برای شما

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند که هزینه‌ای را برای خدمات تحت پوشش بپردازید. همچنین اگر ما کمتر از آنچه ارائه‌کننده مطالبه کرده را بپردازیم، آنها نمی‌توانند صورتحساب را با شما تقسیم یا از شما هزینه‌ای را اخذ کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر ارائه‌کننده شبکه تلاش کند هزینه‌ای را برای خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چه کار کنید، به فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F. حق شما در خروج از برنامه درمانی ما

اگر نمی‌خواهید هیچکس نمی‌تواند 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 می‌توانید 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 کتابچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید:

○ برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید 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 تصمیم‌گیری برای مراقبت درمانی خود

شما حق دارید که برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی خود، اطلاعات کامل را از پزشکان خود و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دریافت کنید.

G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری‌هایتان

ارائه‌کنندگان شما باید بیماری‌ها و گزینه‌های درمانی شما را به صورتی توصیف کنند که برای شما قابل فهم باشد. شما حق دارید که در تمام جنبه‌های مراقبت درمانی با احترام با شما رفتار شود و حق ادب و حق رازداری دارید. حقوق قانونی شما از این قرار است:

- از **گزینه‌های خود آگاه باشید**. شما حق دارید که از همه گزینه‌های درمانی بدون توجه به هزینه یا پوشش مزایا آگاه شوید.

• از **خطرات آگاه باشید**. شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. اگر خدمات یا مداوایی بخشی از تجربه پژوهشی را تشکیل می‌دهد 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 می‌شود، 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 صورتی که 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 کتابچه راهنمای 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 بیافتد

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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



تماس بگیرید یا با نشانی زیر مکاتبه 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 کتابچه راهنمای اعضا به شما می‌گوید که اگر مشکلات یا نگرانی‌هایی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود دارید چه کار کنید. برای مثال می‌توانید 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 می‌کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم - و این رفتار در مورد تبعیض نیست به دلایل ذکر شده در **فصل 11 کتابچه راهنمای اعضا** - یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد حقوق و مسئولیت‌های خود داشته باشید، می‌توانید با شماره‌های زیر تماس بگیرید:

- با اداره خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.
- 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 کتابچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 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.)

A. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه

به عنوان عضوی از برنامه درمانی، شما مسئول هستید که اقدامات زیر را انجام دهید. اگر سوالاتی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- **کتابچه راهنمای 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 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید. این فصل‌ها اطلاعاتی را در مورد موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند و مقرراتی که لازم است مراعات کنید و هزینه‌ای که باید پرداخت کنید در اختیار شما قرار می‌دهند.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و 6 کتابچه راهنمای 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 گزینه‌های پوششی خود استفاده می‌کنید. اگر درخواست پوشش دیگری را دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- به پزشک خود و سایر ارائه‌کنندگان 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، سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی کمک کنید و برنامه درمانی شما بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهد.
- اطلاعاتی که لازم دارند را در مورد شما و بهداشت شما به آنها بدهید. تا جایی که ممکن است با مشکلات درمانی خود آشنا شوید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی را که شما و ارائه‌کنندگان شما با آنها موافق هستید مراعات کنید.
- مطمئن شوید که پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان از همه داروهایی که مصرف می‌کنید آگاهی دارند. این موضوع شامل داروهای نسخه دار، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
- هر سوالی دارید بپرسید. پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان باید موضوعات را به صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سوال کردید و پاسخ برایتان قابل درک نیست، دوباره سوال کنید.
- با هماهنگی کننده مراقبت‌های خود همکاری کنید از جمله در زمینه تکمیل ارزیابی سالانه خطر سلامت.
- 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 ارائه‌کنندگان خدمات با احترام رفتار کنید.
- آنچه بدهکار هستید را پرداخت کنید. به عنوان عضوی از برنامه درمانی، شما در قبال پرداخت این هزینه‌ها مسئول هستید:
- حق بیمه‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B (Medi-Cal) برای بیشتر اعضای Blue Shield TotalDual Plan، حق بیمه‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B شما را پرداخت می‌کند.
- 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، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** مراجعه کنید.)
- اگر نقل مکان می‌کنید به ما اطلاع دهید. اگر قرار است نقل مکان کنید، اهمیت دارد که فوراً به ما اطلاع دهید. با هماهنگی کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- اگر به خارج منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در برنامه درمانی ما باقی بمانید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این برنامه درمانی باشند. **فصل 1 کتابچه راهنمای اعضا** در مورد منطقه خدماتی ما به شما توصیه می‌کند.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دریابید که آیا به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید. در طول دوره عضویت ویژه، می‌توانید 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، می‌توانیم 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 تلفن‌های Medicare و Medi-Cal، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- اگر در داخل منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، 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 نگرانی‌هایی دارید برای دریافت کمک با هماهنگ کننده مراقبت‌های 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، اقام 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 می‌کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی زود تمام می‌شوند.
- مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت‌های بلند مدت شامل خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (NF) دارید.

این فصل دارای بخش‌های مختلفی است تا به راحتی مطالب مورد نظر خود را پیدا کنید. اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را که به وضعیت شما مربوط می‌شوند مطالعه کنید.

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های بلند مدتی که پزشک و سایر ارائه‌کنندگان 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، می‌توانید برای دریافت کمک با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. این فصل در مورد گزینه‌های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی داده ولی همیشه می‌توانید با برنامه بازرسی Cal MediConnect برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود تماس بگیرید. برای دسترسی به منابع بیشتر به منظور رسیدگی به نگرانی‌های خود و راه‌های تماس با آنها، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

فهرست مطالب

182	A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید باید چه کار کنید
182	A1. درباره عبارات قانونی
182	B. مکان دریافت کمک
182	B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر
184	C. درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما
184	D. مشکلات مربوط به مزایای شما
184	E. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش
184	E1. تصمیمات مربوط به پوشش

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



185	E2. تجدیدنظرها.....
185	E3. کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش.....
186	E4. کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟.....
187	F. Medical care.....
187	F1. استفاده از این بخش.....
188	F2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش.....
189	F3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....
193	F4. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2.....
198	F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه.....
199	G. داروهای نسخه دار Medicare بخش D.....
200	G1. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش بخش D از Medicare.....
201	G2. استثنای Medicare بخش D:.....
202	G3. نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استثنا دانست.....
202	G4. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش از جمله درخواست استثنا.....
205	G5. درخواست یک تجدیدنظر مرحله 1.....
207	G6. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2.....
209	H. درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان.....
209	H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما.....
210	H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....
212	H3. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2.....
213	I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی مشخص.....
213	I1. اطلاع رسانی پیش از پایان پوشش خود.....
214	I2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....
215	I3. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2.....
216	J. ادامه درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2.....



- J1. مراحل بعدی برای خدمات و ارقام Medicare 216
- J2. دیگر تجدیدنظرهای Medi-Cal 218
- J3. مراحل تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی بخش D Medicare 218
- K. نحوه تسلیم شکایت 219
- K1. شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد 219
- K2. شکایات داخلی 221
- K3. شکایات بیرونی 223



A. اگر مشکل یا نگرانی داشتید باید چه کار کنید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که استفاده می‌کنید به نوع مشکل شما بستگی دارد. از یک فرآیند برای تصمیمات پوششی و تجدیدنظرها و از فرآیند دیگر برای درخواست شکایات استفاده کنید؛ که نارضایتی‌ها نیز نامیده می‌شود.

برای اطمینان از رعایت عدالت و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌هایی است که ما و شما باید از آنها پیروی کنیم.

A1. درباره عبارات قانونی

عبارات قانونی برای برخی از مقررات و مهلت‌ها 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 نمی‌کنیم.

به عنوان مثال می‌گوییم:

- «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 می‌کنیم.

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

می‌توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بفهمید در رابطه با مشکل خود چه کار کنید. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد. HICAP مشاورین کارآموزی دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند. شماره تلفن HICAP، 1-800-434-0222 می‌باشد.

کمک از سوی برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal

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



می‌توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش درمانی خود با یک مدافع حقوق صحبت کنید. آنها کمک قانونی رایگان ارائه می‌کنند. برنامه بازرسی (Ombuds Program) با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی دیگری مرتبط نیست. شماره تلفن آنها 1-855-501-3077 و وبسایت آنها www.healthconsumer.org است.

دریافت راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات و کمک بیشتر می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare عنوان می‌شود:

- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) 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 درمانی کالیفرنیا

بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal از سوی سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (DHCS) می‌تواند کمک کند. اگر در مورد عضو شدن، تغییر یا ترک برنامه درمانی خود مشکلی دارید، آنها می‌توانند کمک کنند. اگر تغییر مکان داده‌اید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدید مشکلی دارید نیز می‌توانند کمک کنند. می‌توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00am تا 5:00pm به شماره 1-888-452-8609 با بازرس کل تماس بگیرید.

دریافت راهنمایی از سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده کالیفرنیا

برای دریافت کمک رایگان، با سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظرهای مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت حساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا گنگ می‌توانند با تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت DMHC به آدرس www.dmhc.ca.gov بازدید کنید.

سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده کالیفرنیا مسئول تنظیم برنامه‌های خدمات مراقبت‌های سلامت 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 نمی‌کند. اگر در مورد شکایت خود در شرایط اضطراری، 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، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. شما همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR هستید، فرآیند IMR دربرگیرنده بازبینی بی طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا درمان، تصمیمات مربوط به پوشش بیمه درمان‌هایی 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 گفتاری دارند، می‌باشد. وبسایت اینترنتی این اداره به نشانی www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

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



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

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل برای همه مزایای مراقبت مدیریت شده 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؟	
این موضوع شامل مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص (اقدام پزشکی، خدمات و/یا داروهای نسخه‌دار بخش B)، نحوه پوشش آنها و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی می‌شود.	
بله.	خیر.
مشکل من در مورد مزایای پوشش است. به بخش E ، «تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش» مراجعه کنید.	مشکل من در این مورد نیست: مزایای پوشش است. به بخش K ، «نحوه تسلیم شکایت» مراجعه کنید.

E. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

روال درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش و درخواست تجدیدنظر به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش شما برای مراقبت پزشکی (خدمات، اقدام و داروهای نسخه دار بخش B، شامل پرداخت) می‌پردازد. برای ساده‌سازی، ما معمولاً به اقدام پزشکی، خدمات و داروهای نسخه دار بخش B به عنوان **مراقبت پزشکی** اشاره می‌کنیم.

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 G** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

شما با 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

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



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 مدیریت شده در www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی مستقل پزشکی IMR کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش F4 مراجعه کنید.

هنگامی که 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، نامه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش مراقبت پزشکی Medicare باشد، این نامه به شما خواهد گفت که برای تجدیدنظر سطح 2، پرونده شما را به سازمان بررسی مستقل (IRO) ارسال کردیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقامت 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 اقامت تحت پوشش Medicare و Medicaid باشد، این نامه اطلاعاتی در مورد هر دو نوع تجدیدنظرهای سطح 2 به شما می‌دهد.

اگر از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید سطوح بیشتری از درخواست تجدیدنظر را طی کنید.

E3. کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

می‌توانید از هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- خدمات مشتریان از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه
- 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 مراقبت‌های درمانی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) برای دریافت کمک رایگان. DMHC مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظرهای مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص



ناشنوا، کم شنوا یا گنگ می‌توانند با تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت DMHC به آدرس www.dmhc.ca.gov بازدید کنید.

- **پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان.** پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان می‌توانند برای تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر از سوی شما درخواست کنند.
- **یکی از اعضای خانواده یا دوستان** می‌توانید از فرد دیگری بخواهید که به عنوان "نماینده" از سوی شما اقدام کند و برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کرده یا درخواست تجدیدنظر کند.
- **وکیل.** شما حق داشتن وکیل را دارید، اما برای درخواست 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 ارجاع‌دهنده دریافت کنید. برخی گروه‌های قانونی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد.
 - از طریق شماره تلفن 1-855-501-3077 از برنامه بازرسی کل Medicare Medi-Cal یک وکیل مدافع قانونی درخواست کنید.

اگر می‌خواهید که یک وکیل یا شخصی دیگر از سوی شما نمایندگی کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به شخص دیگر اجازه می‌دهد که از سوی شما اقدام کند.

برای دریافت اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های انتهایی صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید و برای دریافت فرم «انتصاب نماینده» درخواست دهید. همچنین می‌توانید این فرم را از آدرس www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf تهیه کنید. شما باید نسخه‌ای از فرم امضاء شده را به ما بدهید.

E4. کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟

چهار نوع موقعیت وجود دارند که مستلزم تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش می‌باشند. هر موقعیت مقررات و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما در یک بخش جداگانه از این فصل جزئیات را به هر نفر می‌دهیم. 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 طولانی‌تر 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 بیمارستان سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)).**

اگر مطمئن نیستید که کدام بخش برای شما کاربردی است، از طریق شماره‌های انتهایی صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید. همچنین شما می‌توانید از ارگان‌های دولتی مانند برنامه State Health Insurance Assistance Program خود کمک بگیرید یا اطلاعات کسب کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 2، بخش C** مراجعه کنید.



Medical care .F

اگر در خصوص دریافت پوشش درمان پزشکی دچار مشکل هستید یا اگر می‌خواهید ما سهم خود از هزینه درمان شما را بازپرداخت کنیم این بخش به شما توضیح می‌دهد که چه کار انجام دهید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت پزشکی است که در **فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا** توصیف شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین مختلفی در مورد داروهای نسخه دار Medicare بخش B اعمال شود. وقتی این قوانین اعمال می‌شوند ما توضیح می‌دهیم 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 می‌دهد که در هر یک از موقعیت‌هایی که در ادامه می‌آید چه کاری می‌توانید بکنید:

1. فکر می‌کنید که ما درمان پزشکی مورد نیازتان را پوشش می‌دهیم اما شما این پوشش را دریافت نمی‌کنید.
چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید 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 در رابطه با شما صادر می‌شود 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: 4413-452 (800) تماس بگیرند.

- فکس: (877) 251-6671.

- 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 «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از «مهلت‌های 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:

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am

تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



- شما پوشش اقلام پزشکی و/یا خدماتی درخواست کرده‌اید که دریافت نکرده‌اید. شما نمی‌توانید برای اقلام یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید، درخواست تصمیم مربوط به پوشش سریع در مورد پرداخت داشته باشید.
 - استفاده از مهلت‌های 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 نمی‌کند، نامه‌ای 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 تصمیم مربوط به پوشش سریع به شما می‌دهیم.
- چگونه می‌توانید "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، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل برایتان ارسال خواهیم کرد.

- اگر جواب خیر بدهیم، شما حق دارید که درخواست تجدیدنظر کنید. اگر فکر می‌کنید که ما اشتباه کرده‌ایم، تجدیدنظر روش رسمی 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 نمی‌کنیم. مثال‌هایی از موقعیتی که یک درخواست رد می‌شود شامل موارد زیر است:

- اگر درخواست کامل نباشد،
- اگر شخصی که از جانب شما ایجاد درخواست کرده است به صورت قانونی اجازه چنین کاری را نداشته باشد، یا
- اگر شما درخواست کنید که درخواستان 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 می‌فرستیم. به این بازبینی درخواست تجدیدنظر گفته می‌شود. در مورد تجدیدنظرها در بخش بعدی بحث می‌شود.

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 تجویزکننده دیگری درخواست ادامه خدمات یا آبتمی 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 می‌کنند.
- اگر شخصی به غیر از دکتر شما درخواست تجدیدنظر کند، یک فرم انتصاب نماینده که به این شخص اجازه نمایندگی از جانب شما را می‌دهد ضمیمه کنید. همچنین می‌توانید این فرم را از آدرس www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf تهیه کنید.
- ما می‌توانیم یک درخواست تجدیدنظر را بدون این فرم قبول کنیم اما نمی‌توانیم بررسی خود را تا وقتی که آن را دریافت می‌کنیم شروع یا تکمیل کنیم. اگر ما این فرم را 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 65 روز تقویمی از تاریخ بر روی نامه‌ای که برای آگاه سازی شما از تصمیمان 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 سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



- اگر تصمیم بگیریم که سلامتی شما شرایط تجدیدنظر سریع را برآورده نمی‌کند، نامه‌ای را بدین مضمون برای شما ارسال می‌کنیم و در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید:
 - اگر 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.

اگر ما به شما بگوییم که ما در حال توقف یا کاهش خدمات یا آیت‌هایی 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 آیت‌هایی 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 آیت‌ها را ادامه می‌دهیم.
- اگر شما این مهلت را رعایت کنید، سرویس یا آیت‌ها در زمان سپری شدن تجدیدنظر سطح 1 بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
- شما همچنین تمام سایر خدمات یا آیت‌ها (که مربوط به تجدیدنظر شما نیستند) را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
- اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر نکنید، آنگاه سرویس یا آیت‌ها تا زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه خواهند 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 مرحله 2 روال تجدیدنظرها 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، حسب اقتضا، 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.

مهلت‌هایی 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 ادامه بخش F این فصل، ما در مورد این سازمان و روال تجدیدنظرهای سطح 2 برای شما توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات و 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 صورتی که 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 ارقام معمولاً تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal یا هر دو برنامه می‌باشند.

- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا ارقامی 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 ارقامی 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 ارقامی 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 ارقام 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 ارقام تحت پوشش Medicare می‌باشد، مزایای شما برای آن خدمات یا ارقام در طول روال تجدیدنظرهای مرحله 2 توسط IRO ادامه پیدا خواهند کرد.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا ارقامی 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 ارقامی 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.

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 درخواست‌های استاندارد را دریافت کردیم، یا

○ ارائه سرویس ظرف 72 ساعت بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های 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 مناقشه را ارائه کنیم:

○ ظرف 72 ساعت بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد را دریافت کردیم، یا

○ ظرف 24 ساعت بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های تسریع شده را دریافت کردیم.

- اگر IRO 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 می‌شود.

○ اگر پرونده شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید 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 می‌شود.

○ اگر تجدیدنظر مرحله 2 شما رد شد و شما شرایط ادامه دادن روال تجدیدنظر را برآورده می‌کنید، باید تصمیم بگیرید که می‌خواهید 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 می‌دهد. 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-Cal می‌باشد

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

می‌توانید یک شکایت تنظیم کنید یا از سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده 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 کارشناسانی می‌باشد 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 هزینه‌ای را برای IMR پرداخت نمی‌کنید.

می‌توانید یک شکایت تنظیم کنید یا برای یک IMR درخواست دهید اگر برنامه ما:

- خدمات یا مداوای Medi-Cal را تأیید نمی‌کند، تغییر می‌دهد یا به تأخیر می‌اندازد 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 کرده‌اید 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 درمانی 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 یا در همان رابطه جلسه رسیدگی ایالتی داشتید، 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 198 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید با DMHC یک شکایت تنظیم کنید یا از مرکز پشتیبانی DMHC برای IMR درخواست کنید.

اگر مداوای شما مورد قبول قرار نگرفته 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.aspx
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 سریع 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.aspx
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 فوری است و برای IMR واجد شرایط باشید، DMHC پرونده شما را بررسی کرده و نامه‌ای را ظرف 48 ساعت از دریافت درخواست تکمیل شده 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

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



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 نمایند.

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 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 آیمتی 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 خدمات 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 201 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 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- به بخش دادرسی ایالتی به شماره فکس 916-309-3487 یا شماره رایگان 1-833-281-0903.

2. می‌توانید 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 می‌دهد و دلایل را توضیح می‌دهد.

- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا تمام درخواست شما برای اقامت یا خدمات پزشکی جواب پله بدهد، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از اینکه تصمیم آنها را دریافت کردیم مجوز را صادر کنیم یا خدمات یا اقامت را ارائه کنیم.
- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما **خیر** بگوید، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید نکنیم. این «تصمیم عدم تأیید» «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» یا خوانده می‌شود.

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 می‌توانید 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 می‌دهد. **نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید حقوق دیگری که ممکن است داشته باشید را توضیح خواهد داد.**

نامه‌ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را توضیح می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود پس از سطح 2 به **بخش J** مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به ارائه‌دهندگان شبکه خود اجازه نمی‌دهیم برای خدمات و موارد تحت پوشش به شما صورت‌حساب بدهند. این امر حتی اگر هزینه‌ای کمتر از هزینه‌های ارائه‌دهنده برای یک سرویس یا اقامت تحت پوشش به ایشان پرداخت کنیم، صادق است. شما هرگز ملزم به پرداخت مبلغ هیچ صورت حسابی نیستید.

اگر برای خدمات و اقامت تحت پوشش صورت‌حسابی بیش از مبلغ پرداختی دریافت کردید، صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. شما نباید خودتان صورت‌حساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه‌کننده تماس گرفته و ترتیب مشکل را می‌دهیم. اگر صورت‌حساب را پرداخت کنید، اگر از قوانین دریافت خدمات یا اقامت پیروی کنید، می‌توانید از طرح ما بازپرداخت دریافت کنید.

برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید. شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورت‌حسابی که از ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم یا آن را پرداخت کنیم. این فصل اطلاعاتی را نیز در مورد ارسال مدارک برای درخواست از ما برای پرداخت هزینه ارائه می‌کند.

اگر درخواست بازپرداخت کنید، یک درخواست برای یک تصمیم مربوط به پوشش را ارائه می‌کنید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا سرویس یا اقامتی 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 اقامتی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن خدمات یا اقامت را معمولاً در مدت 30 روز تقویمی اما نه دیرتر از 60 روز تقویمی پس از درخواست شما ارسال می‌کنیم.



- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداخت را مستقیماً برای ارائه کننده ارسال خواهیم کرد. هنگامی که مبلغ پرداخت را ارسال می‌کنیم، به همان صورتی است که درخواست شما برای تصمیم مربوط به پوشش پاسخ **پله** می‌دهیم.
 - اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد یا از مقررات پیروی نکرده باشید، نامه‌ای 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. هنگامی که 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 کرده‌اید و هزینه آنرا خودتان پرداخت کرده‌اید 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 ارائه کننده ظرف 30 روز تقویمی ارسال کنیم. اگر پاسخ به تجدیدنظر شما در هر مرحله تجدیدنظر بعد از مرحله 2 **پله** باشد، ما باید مبلغی که درخواست کردید را برای شما یا ارائه کننده 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» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود. نامه‌ای 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 می‌شود. بیشتر این موارد داروهای Medicare بخش D هستند. تعداد کمی دارو وجود دارد که Medicare بخش D پوشش نمی‌دهد ولی **Medi-Cal** ممکن است پوشش دهد. این بخش فقط به تجدیدنظرهای داروهای **Medicare بخش D** مربوط می‌شود. 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** 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 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

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



G1. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش بخش D از Medicare

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات مربوط به پوششی که می‌توانید از ما درخواست کنید در مورد داروهای Medicare بخش D اتخاذ کنیم، ذکر می‌شود:

- 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 محدودیت‌های مربوط به مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید)
 - از ما سؤال کنید که آیا دارویی برای شما تحت پوشش است (برای مثال، هنگامی که 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 نمی‌تواند 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 می‌دهد.

تصمیم اولیه پوشش در مورد داروهای Medicare بخش D شما «تصمیم نهایی پوشش» نامیده می‌شود.

- از ما درخواست می‌کنید که هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کردید بپردازیم. این موضوع برای تصمیم در مورد پوشش پرداخت هزینه می‌باشد.



اگر با تصمیمی که در مورد پوشش گرفتیم موافق نیستید، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و نحوه درخواست برای درخواست تجدیدنظر به شما ارائه می‌کند. استفاده از جدول زیر به شما کمک می‌کند:

شما در کدامیک از این موقعیت‌ها هستید؟			
به شما گفته‌ایم که هزینه دارو را به صورتی که می‌خواهید پوشش داده شده یا پرداخت شود پوشش نداده یا پرداخت نخواهیم کرد.	می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آنرا پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم.	آیا می‌خواهید دارویی را در فهرست دارویی خود پوشش دهیم و عقیده دارید که هرگونه مقررات یا محدودیت‌ها برای دارویی که نیاز دارید (از قبیل دریافت پیشاپیش مجوز) را برآورده می‌کنید.	به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا می‌خواهید که از قاعده یا محدودیتی در مورد دارویی که پوشش می‌دهیم صرف نظر کنیم.
می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (بدین معنی که از ما برای تجدید نظر درخواست می‌کنید.)	می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)	می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید.	می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)
به بخش G5 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش‌های G3 و G4 مراجعه کنید.

G2. استثنای Medicare بخش D:

اگر دارو را به صورتی که می‌خواهید تحت پوشش ما نیست، می‌توانید از ما بخواهید که «استثنا» قائل شویم. اگر درخواست شما برای استثنا را قبول نکنیم، شما می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

هنگامی که برای استثنا درخواست می‌کنید، 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 «استثناء لیست دارویی» نامیده می‌شود.

در اینجا چند نمونه استثنا ذکر می‌شود که شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگری می‌توانید از ما بخواهید که قائل شویم:

3. پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست

- شما نمی‌توانید استثنایی بابت مبلغ سهم لازم خود برای دارو دریافت کنید.

4. حذف محدودیت یک داروی تحت پوشش



- قوانین یا محدودیت‌های بیشتری در مورد داروهای خاص در لیست داروهای ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5 کتابچه اعضا** خود مراجعه کنید).
- مقررات و محدودیت‌های بیشتر در مورد داروهای خاص شامل موارد زیر می‌شوند:
 - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند.
 - دریافت تاییدیه ما قبل از اینکه موافقت کنیم که دارو برای شما تحت پوشش خواهد بود. این امر گاهی اوقات «اجازه قبلی» (PA) خوانده می‌شود.
 - ضرورت استفاده اولیه از داروی دیگر قبل از اینکه موافقت کنیم دارویی که درخواست می‌کنید را پوشش می‌دهیم. این امر گاهی اوقات «درمان گام به گام» خوانده می‌شود.
 - محدودیت مقدار. محدودیت‌هایی در مورد میزان برخی از داروهایی که می‌توانید داشته باشید وجود دارد.
- اگر موافقت کنیم که استثنا قائل شده و از محدودیت‌ها برای شما صرف‌نظر کنیم، می‌توانید برای مبلغ سهم لازم پرداختی خود برای دارو تقاضای استثنا کنید.

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 ارائه دهید.

فهرست داروئی 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 تایید نمی‌کنیم. اگر از ما درخواست استثناء رده بکنید، ما معمولاً درخواست استثنای شما را تایید 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 زمانی که پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای مداوای عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند صدق می‌کند.

- اگر به درخواست استثنای شما پاسخ منفی 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 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- اگر برای یک استثنا درخواست می‌کنید یک «گزارش تکمیلی» ارائه دهید. گزارش تکمیلی شامل دلایل پزشکی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر برای استثنای دارویی است.
- پزشک شما یا تجویز کننده دیگر می‌توانند این گزارش تکمیلی را برای ما فکس یا ارسال کنند. ایشان همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس گزارش را فکس یا پست کنند.
- شما می‌توانید درخواست‌های تخصیص پوشش را به صورت الکترونیکی از طریق یک پورتال امن اعضا در آدرس زیر ارسال کنید:
https://www.blueshieldca.com/bsca/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

○ می‌توانید 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 «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از «مهلت‌های سریع» استفاده کنیم.

- **تصمیم مربوط به پوشش متعارف** بدین معنی می‌باشد 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 می‌باشد 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» می‌گویند.

می‌توانید یک تصمیم مربوط به پوشش سریع دریافت کنید اگر که:

- برای دارویی باشد که شما دریافت نکرده‌اید. شما نمی‌توانید یک تصمیم مربوط به پوشش سریع را در صورتی دریافت کنید که از ما برای بازپرداخت هزینه دارویی درخواست می‌کنید که قبلاً خریداری کرده‌اید.
- اگر از مهلت‌های 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.
 - نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که به شما می‌گوید از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. 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 استثنا 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 نکرده‌اید

- زمانی که از مهلت‌های متعارف استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما بدهیم. اگر برای استثنا 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 استثنا، 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.

مهلت‌های درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش متعارف در مورد دارویی که هنوز خریده‌اید

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am

تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



- 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 می‌کنیم.
- 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.

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 می‌شود.

- تجدیدنظر استاندارد یا سریع خود را با تماس با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از 8:00am تا 8:00pm، 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) می‌توانید این کار را بکنید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را وارد کنید.
- شما باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ بر روی نامه‌ای که برای آگاه‌سازی شما از تصمیم‌ان 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.

درخواست تجدیدنظر سریع «تشخیص مجدد تسریع شده» نیز نامیده می‌شود.

- اگر به خاطر تصمیم ما در مورد دارویی که دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر می‌کنید، 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» می‌باشند. برای اطلاعات بیشتر به بخش G4 مراجعه کنید.

ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و تصمیم خود را به شما ارائه می‌کنیم.

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



- 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 **پله** 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 کرده‌اید 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 کرده‌اید **ظرف 14 روز تقویمی** بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
 - اگر تصمیمی را ظرف 14 روز تقویمی به شما ندهیم، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها خواهیم فرستاد. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازبینی و 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» **IRE Independent Review Entity** است که گاهی اوقات **IRE** نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک شما یا سایر تجویزکننده‌ها باید به **صورت کتبی** با IRO تماس بگیرید و برای بررسی پرونده خود درخواست 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.** اگر برای درخواست نسخه رایگان پرونده خود به کمک نیاز دارید، با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید.
 - شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از تجدیدنظر خود به IRO بدهید.
- IRO درخواست تجدیدنظر مرحله 2 Medicare بخش D را بررسی می‌کند و به صورت کتبی پیه شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد IRO به **بخش F4** مراجعه کنید.

مهلت‌های تجدیدنظر سریع در مرحله 2

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



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.

مهلت‌های 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 کرده‌اید 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 می‌شود.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید حداقل ارزش دلاری را برآورد کند، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌دهید کمتر از حداقل لازم باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر مرحله 2 نهایی است. IRO نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند که شما را در جریان حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر سطح 3 را به قرار می‌دهد.

اگر ارزش دلاری درخواست شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید 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 منفی** 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 نامه‌ای که IRO برای شما ارسال کرده مراجعه می‌کنید.



یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان پذیرفته می‌شوید، شما حق دارید که همه خدمات بیمارستانی که ما پوشش داده و برای تشخیص بیماری و مداوای بیماری یا مصدومیت شما لازم هستند را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

پزشک شما و پرسنل بیمارستان در طول اقامت پوشش داده شده شما در بیمارستان با شما همکاری کرده تا برای هنگامی که بیمارستان را ترک خواهید کرد آماده شوید. همچنین کمک می‌کنند تا ترتیب هرگونه مراقبتی که بعد از ترک نیاز داشته باشید داده شود.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «روز ترخیص» خوانده می‌شود.
- پزشک شما یا پرسنل بیمارستان تاریخ ترخیص را به شما خواهند گفت.

اگر فکر می‌کنید خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست اقامت طولانی تری در بیمارستان کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می‌گوید.

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 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 اعلامیه‌ای کتبی به نام «پیامی مهم از سوی Medicare در مورد حقوق شما» خواهد داد. همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می‌شوند، یک کپی از این اعلامیه دریافت می‌کنند.

اگر این اعلامیه را دریافت نکردید، از هر یک 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 می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- این اعلامیه را با دقت مطالعه کرده و اگر موضوعی را متوجه نمی‌شوید سوال کنید. این پیام حقوقتان را به عنوان بیماری بستری در بیمارستان به شما ارائه می‌کند، 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 می‌کند و از کجا می‌توانید آنها را دریافت کنید.

○ مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی خود اتخاذ می‌کنید.

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



- آگاهی از اینکه هرگونه نگرانی‌هایی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
- درخواست تجدیدنظر اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید.
- امضاء کردن اعلامیه Medicare که نشان می‌دهد آنرا درک کرده و با حقوق خود آشنایی دارید.
 - شما یا شخصی که از جانب شما اقدام می‌کند می‌توانید اعلامیه را امضا کنید.
 - امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. 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 می‌کنید، اعلامیه را امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر دریافت خواهید کرد. می‌توانید نسخه‌ای از این اعلامیه را از قبل مشاهده کنید اگر که:
 - از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید
 - در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800 MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY بای د 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 می‌خواهید خدمات بیمارستان 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 می‌باشد که تحت استخدام دولت فدرال هستند. این کارشناسان برای افراد دارای Medicare کیفیت را بررسی و به بهبود آن کمک می‌کنند. ایشان متخصصین بخشی از برنامه درمانی ما نمی‌باشند.

در کالیفرنیا، QIO لیوانتا (Livanta) است. همچنین می‌توانید با آنها از طریق شماره (877) 588-1123 [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 هزینه‌ای 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 هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما پرداخت 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 درمانی هماهنگ شده کالیفرنیا (DMHC) ارسال کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به بخش F4 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» است.

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 پرونده‌های 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 می‌گویند، نامه‌ای را دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین شده را به شما می‌دهد. این نامه دلایلی که پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم که ترخیص در آن روز برای شما از نظر پزشکی مناسب است را توضیح می‌دهد.



عبارت حقوقی برای این توضیح کتبی «اعلامیه مشروح ترخیص» می‌باشد. شما می‌توانید توسط تماس با خدمات اعضا به شماره در انتهای صفحه یک نمونه دریافت کنید. همچنین می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید به یک نمونه اعلامیه آنلاین در www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مراجعه کنید.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، QIO پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهد.

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 می‌یابد.
- امکان است لازم باشد که هزینه کامل مراقبت بیمارستانی را از pm 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، می‌توانید 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 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 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 می‌خواهند گفت.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما **پله** بگوید:

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



- 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 نمی‌دهند.
 - آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر مرحله 3 بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
 - همچنین می‌توانید برای ادامه 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 مراجعه کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به بخش J مراجعه کنید.

1. 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. هنگامی که تصمیم بگیریم که به پوشش هر یک از این مراقبت‌ها خاتمه دهیم، بایستی قبل از خاتمه خدمات به شما بگوییم. هنگامی که پوشش شما برای آن سرویس به پایان می‌رسد، ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.
- اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می‌دهیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

11. اطلاع رسانی پیش از پایان پوشش خود

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از اینکه هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم آن را دریافت خواهید کرد. این «اعلامیه عدم پوشش Medicare» نامیده می‌شود. این اخطاریه به شما می‌گوید 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 کرده‌اید. امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

12. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می‌دهیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما اطلاعاتی می‌دهد.

- **مهلت‌ها را رعایت کنید.** مهلت‌ها اهمیت دارند. متوجه مهلت‌هایی مربوط به کارهایی که باید انجام دهید باشید و از آنها پیروی کنید. برنامه ما نیز باید از مهلت‌ها پیروی کند. اگر فکر می‌کنید که مهلت‌های مان را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر هر وقت سؤالی دارید یا به کمک نیاز دارید:
 - از طریق شماره‌های 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 کتابچه 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 بپرسید که آیا از نظر پزشکی برای ما مناسب است که به پوشش خدمات پزشکی شما پایان دهیم.

مهلت شما برای تماس با این سازمان

- شما باید با QIO تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظرتان تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در «اعلامیه عدم پوشش Medicare» که برای شما ارسال کردیم، شروع شود.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات بهداشتی و درمانی متوجه درخواست شما نشود یا فکر می‌کنید که وضعیت شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید شکایت کنید و از وزارت مراقبت‌های درمانی 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** مراجعه کنید.



عبارت حقوقی برای «اعلامیه کتبی» عبارت است از «اعلامیه عدم پوشش Medicare». برای دریافت نمونه، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE به صورت 24 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 پرونده‌های 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 ارائه می‌دهند.
- 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 هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم به ادامه مراقبت‌های درمانی 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 [TTY: (855) 887-6668] (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. **تتها** 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 می‌خواهند گفت.
- 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 کرده‌اید، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
 - ما به پوشش برای مراقبت تا زمانی که 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 نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر مرحله 3 بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
 - شما می‌توانید شکایتی را با DMHC درخواست کنید تا یک بررسی پزشکی مستقل برای ادامه پوشش خدمات مراقبت‌های درمانی شما انجام دهند. لطفاً برای اطلاع از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی به **بخش F4** مراجعه کنید. می‌توانید شکایتی را در همراه با یا به‌جای 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 می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به **بخش J** مراجعه کنید.

J. ادامه درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر تجدیدنظر مرحله 1 و تجدیدنظر مرحله 2 را برای خدمات و اقلام Medicare درخواست کرده‌اید 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 کرده‌اید با حداقل مبلغ دلاری مطابقت نداشته باشد، دیگر نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر ارزش دلار به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر سطح 3 را ارایه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am

تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از



تجدیدنظر مرحله 3

مرحله 3 فرآیند تجدیدنظر یک دادرسی ALJ است. شخصی که تصمیم می‌گیرد یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

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 می‌کنیم. 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 می‌کند 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. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

تجدیدنظر مرحله 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. 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 **تجدیدنظر خواهی کنیم**، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفتیم **تجدیدنظر خواهی 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. اعلامیه‌ای 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

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



فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید باید چه کار کنید (تصمیمات مربوط به پوشش، تجدیدنظرها، شکایات)

- 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. نامه‌ای 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
744 P Street, MS 19-37
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 می‌خواهید 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. می‌توانید 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 می‌توانید این دادخواست را بدون درخواست برای دادرسی مجدد تسلیم کنید. دستمزدی برای تسلیم دادخواست لازم نیست. ممکن است برای دستمزد و هزینه‌های قابل قبول برای وکیل واجد شرایط باشید در صورتی که 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، می‌توانید جویای بررسی توسط قاضی شوید ولی نمی‌توانید دوباره برای بررسی مجدد درخواست کنید.

J3. مراحل تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی بخش D Medicare

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 می‌کنید، توضیح می‌دهد 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 می‌گیرد یک ALJ یا یک وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:

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



- 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 می‌کند 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. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

تجدیدنظر مرحله 4

- شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پله 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 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. اعلامیه‌ای 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.

K. نحوه تسلیم شکایت

K1. شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد

روال شکایت تنها برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود، از قبیل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات مشتری. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که توسط روال شکایت رسیدگی می‌شوند ذکر می‌شود:



مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> • شما از کیفیت مراقبت ناراضی هستید، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید. 	کیفیت مراقبت پزشکی شما
<ul style="list-style-type: none"> • شما فکر می‌کنید 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
<ul style="list-style-type: none"> • ارائه‌کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند. • کارکنان ما با شما بد رفتار کردند. • فکر می‌کنید که دارند شما را از برنامه درمانی ما بیرون می‌کنند. 	بی احترامی، خدمات کم کیفیت به مشتری، یا سایر رفتارهای منفی
<ul style="list-style-type: none"> • شما نمی‌توانید به طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده دسترسی پیدا کنید. • پزشک یا ارائه‌دهنده شما مترجمی برای زبان شما که انگلیسی نیست (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) ارائه نمی‌دهد. • ارائه‌دهنده شما سایر تسهیلات منطقی مورد نیاز و درخواست را به شما نمی‌دهد. 	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 می‌شوید. • پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات مشتری یا سایر کارکنان برنامه شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند. 	زمان انتظار
<ul style="list-style-type: none"> • فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست. 	پاکیزگی
<ul style="list-style-type: none"> • فکر می‌کنید که در ارائه اعلامیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید قصور کرده ایم. • فکر می‌کنید که درک اطلاعات کتبی که برای شما ارسال کردیم بسیار مشکل است. 	اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید



مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> عقیده دارید که اجازه می‌دهیم مهلت‌هایمان برای اتخاذ تصمیم مربوط به پوشش یا پاسخگویی به تجدیدنظر سپری شوند. عقیده دارید که پس از اتخاذ تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، ما اجازه می‌دهیم که مهلت‌های تصویب یا ارائه خدمات به شما یا بازپرداخت خدمات پزشکی خاص به شما سپری شوند. شما عقیده ندارید که ما پرونده شما را به موقع به IRO فرستادیم. 	<p>سر وقت بودن اقدامات مربوط به تصمیمات یا تجدیدنظرهای پوششی</p>

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما می‌توانید یک شکایت داخلی و یا یک شکایت خارجی داشته باشید. یک شکایت داخلی به همراه برنامه ما ثبت و بررسی می‌شود. یک شکایت خارجی با سازمانی غیروابسته به برنامه ما ثبت و بررسی می‌شود. اگر برای شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتری با شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید (TTY: 711).

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 (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. شما می‌توانید 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.
- می‌توانید 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:
 - مرحله 1: تسلیم نارضایتی
 - برای شروع فرآیند، ظرف 60 روز پس از رویداد با یک نماینده خدمات مشتری تماس بگیرید و درخواست کنید شکایت شما را ثبت کنند. همچنین می‌توانید 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 نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم و به شما اطلاع می‌دهیم که اخطار نگرانی شما را ظرف 5 روز تقویمی دریافت کرده ایم و نام شخصی را که روی آن کار می‌کند به شما می‌دهیم. 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 می‌کنیم. ممکن است از شما بپرسیم که آیا اطلاعات بیشتری دارید که در زمان درخواست «تصمیم اولیه سریع» یا «تجدیدنظر سریع» موجود نبوده است. مدیر پزشکی درخواست شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیم اولیه ما مناسب بوده است یا خیر. ما ظرف 24 ساعت پس از درخواست شما برای «شکایت سریع» نامه‌ای 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 نماینده‌ای 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، بی احترامی، 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» برابر با «نارضایتی تسریع شده» است.

- 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 به این 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 شکایت 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

می‌توانید 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 می‌گیرد و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر باز خورد یا نگرانی‌هایی دارید یا اگر احساس می‌کنید که برنامه درمانی به مشکل شما توجه نمی‌کند، همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید با تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را با همراهی بازرس مراقبت بهداشتی سازمان داده شده Medi-Cal (DHCS) اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا (DHCS) ارسال کنید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. تماس از دوشنبه تا جمعه، بین 8:00am و 5:00pm.

می‌توانید شکایت را به اداره مراقبت بهداشتی سازمان داده شده کالیفرنیا به شماره (DMHC) تسلیم کنید. DMHC مسئول تنظیم برنامه‌های درمانی است. می‌توانید با مرکز راهنمایی DMHC برای دریافت کمک در مورد شکایت مربوط به خدمات Medi-Cal تماس بگیرید. برای موارد غیر فوری، اگر با تصمیم در مورد تجدیدنظر سطح 1 خود مخالف هستید یا اگر طرح پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده باشد، می‌توانید با DMHC شکایت کنید. با این حال، اگر در مورد شکایتی که شامل یک 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، می‌توانید بدون ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مرکز راهنمایی ذکر می‌شود:

- تماس با 1-888-466-2219 اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا لال می‌توانند با تلفن رایگان TTY به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- از وبسایت سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ (www.dmhc.ca.gov) بازدید کنید.

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



دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر فکر می‌کنید با شما منصفانه رفتار نشده است، می‌توانید به اداره بهداشت و خدمات انسانی (HHS) OCR شکایت کنید. به عنوان مثال، می‌توانید در مورد دسترسی معلولان یا دستیار زبان شکایت کنید. تلفن OCR به شماره 1-888-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR تماس بگیرید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

مرکز پاسخگویی به مشتریان: 1019-368 (800)
فکس: 619-3818 (202)
TTY: 537-7697 (800)
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 می‌توانید با برنامه بازرس Medi-Cal تماس بگیرید. شماره تلفن: 1-888-452-8609

QIO

هنگامی که شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است دو گزینه دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود در مورد کیفیت را مراقبت مستقیماً به QIO مطرح کنید.
 - شما می‌توانید شکایت خود را به QIO و طرح ما مطرح کنید. اگر شکایت را به QIO تسلیم می‌کنید، ما با آنها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.
- QIO شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال بوده تا مراقبت ارائه شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO به بخش H2 یا به فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، QIO لیوانتا (Livanta) نامیده می‌شود. شماره تلفن لیوانتا (لیوانتا) - (855) 887- (TTY: 588-1123) (877) 6668] تماس بگیرید.



فصل 10: خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد روش‌هایی که می‌توانید به عضویت خود در برنامه ما خاتمه دهید و گزینه‌های پوشش درمانی شما بعد از ترک برنامه درمانی را توصیف می‌کند. اگر برنامه ما را ترک کنید تا زمانی که واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

- A. زمانی که می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید 226
- B. چگونه می‌توان عضویت را در طرح ما پایان داد 227
- C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه 227
- C1. خدمات Medicare شما 227
- C2. خدمات Medi-Cal شما 231
- D. اقالم پزشکی، خدمات و داروهای شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما به پایان برسد 232
- E. موقعیت‌های دیگری که عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد 232
- F. قوانینی ناقص درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر گونه دلیل مربوط به سلامت 233
- G. شما حق دارید در صورتی که به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید 234
- H. چگونه می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید 234



A. زمانی که می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید

بیشتر افراد دارای Medicare می‌توانند عضویت خود را در مواقع خاص در سال پایان دهند. از آنجایی که شما Medi-Cal دارید، در هر ماه از سال، گزینه‌هایی برای پایان عضویت خود در برنامه درمانی ما دارید.

علاوه بر این، می‌توانید هر سال عضویت خود در طرح ما را در دوره‌های زیر 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 (MA)**، که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد و همچنین برای ذینفعان جدید Medicare که در یک برنامه ثبت نام کرده اند، از ماه استحقاق بخش A و بخش B تا آخرین روز ماه سوم استحقاق است. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی جدید در روز اول ماه بعد آغاز می‌شود.

ممکن است 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 Help 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-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) 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 8:00am تا 5:00pm. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید. با

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



گزینه‌های مراقبت درمانی به شماره 1-844-580-7272 از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00am تا 6:00pm. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

- اگر در برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، ممکن است نتوانید برنامه را تغییر دهید. برای اطلاعات در مورد برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر در برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، ممکن است نتوانید برنامه را تغییر دهید. برای اطلاعات در مورد برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. چگونه می‌توان عضویت را در طرح ما پایان داد

اگر تصمیم به پایان عضویت خود دارید، می‌توانید در طرح Medicare دیگری ثبت نام کنید یا طرح خود را به Original Medicare تغییر دهید. با این حال، اگر می‌خواهید از طرح ما به Original Medicare تغییر مکان دهید، اما یک طرح جداگانه داروی نسخه دار Medicare انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست کنید که از طرح ما خارج شوید. دو راه وجود دارد که می‌توانید درخواست لغو ثبت نام کنید:

- شما می‌توانید درخواست خود را به صورت مکتوب برای ما ارسال کنید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با شماره پایین این صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.
- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادى که در شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگامی که با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید، همچنین می‌توانید در یکی دیگر از طرح‌های درمانی یا دارویی Medicare ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare خود هنگامی که برنامه درمانی ما را ترک می‌کنید در جدول صفحه 242 موجود است.
- با گزینه‌های مراقبت درمانی به شماره 1-844-580-7272 از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00am تا 6:00pm. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید.
- بخش C در زیر شامل مراحل است که می‌توانید برای ثبت نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می‌دهد.

C. 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 در هر یک از ماه‌های سال، سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود که در زیر فهرست شده‌اند، دارید. شما گزینه دیگری دارید که در طول زمان‌های خاصی از سال در زیر ذکر شده است، از جمله دوره ثبت نام سالانه و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش A توضیح داده شده است. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، شما به طور خودکار عضویت خود را در برنامه ما پایان می‌دهید.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره (7223) PACE- 1-855-921 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 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. <p>یا</p> <p>در یک برنامه جدید ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید.</p> <p>برنامه Medicare شما تغییر خواهد کرد تا با برنامه Medi-Medi Plan شما مطابقت داشته باشد.</p>	<p>1. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) نوعی برنامه Medicare Advantage Plan می‌باشد. این برنامه برای اشخاصی می‌باشد که Medicare و Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک برنامه درمانی به صورت ترکیبی استفاده می‌کنند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات در هر دو برنامه، از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را، هماهنگ می‌کنند.</p> <p>توجه: اصطلاح Medi-Medi Plan نامی برای برنامه‌های یکپارچه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP) در کالیفرنیا است.</p>
--	--



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/HICAP 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>
---	---

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00am تا 5:00pm 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 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید.</p>
---	--



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردهگان (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 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. <p>یا</p> <p>در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید.</p> <p>برنامه درمانی Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p>	<p>4. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>تمام برنامه‌های درمانی Medicare در طول زمان‌های خاصی از سال از جمله دوره ثبت نام سالانه و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش A توضیح داده شده است.</p>
--	--

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای 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 8:00am تا 6:00pm 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.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



D. اقالم پزشکی، خدمات 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 مراقبت‌های درمانی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که برنامه جدید شما شروع شود.

- از ارائه دهندگان شبکه ما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی استفاده کنید.
- از داروخانه‌های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه تحویل در منزل ما برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر روزی که عضویت شما در Blue Shield TotalDual Plan به پایان می‌رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما اقامت شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. این موضوع حتی زمانی که پوشش درمانی شما قبل از ترخیص شدن شروع می‌شود صادق خواهد بود.

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 وقفه‌ای وجود داشته باشد.
- اگر دیگر برای دریافت Medi-Cal واجد شرایط نباشید. برنامه ما برای اشخاصی می‌باشد که در Medicare و Medi-Cal عضویت دارند. توجه: اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نیستید، می‌توانید به طور موقت با مزایای Medicare در برنامه درمانی ما ادامه دهید، لطفاً اطلاعات زیر را در مورد دوره انتظار مشاهده کنید.
 - 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 هزینه‌های جانبی (بیمه مشترک، پرداخت سهم، حق بیمه، یا فرانشیز) باشید.
 - ما فرصت تغییر به یکی از برنامه‌های 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 از دست دادن وضعیت نیازهای ویژه نپذیرید، به طور ناخواسته از Blue Shield TotalDual Plan حذف خواهید شد.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- اگر از منطقه خدمات ما خارج شدید.
- اگر از منطقه شامل خدماتی ما برای بیش از شش ماه به 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.
 - اگر این شرایط را ندارید، باید عضویت شما را لغو کنیم.

ما تنها زمانی می‌توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که برنامه درمانی ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medicare و Medi-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 به طور مداوم بدرفتاری کنید 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

نمی‌توانیم از شما درخواست کنیم که به هر دلیل مربوط به سلامتی شما برنامه ما را ترک کنید. اگر فکر می‌کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما می‌خواهیم طرح خود را ترک کنید، با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

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



G. در صورتی که به عضویت شما در برنامه درمانی خود خاتمه دادیم، حق دارید شکایت کنید

اگر به عضویت شما در برنامه خود خاتمه دادیم، باید دلایل خود را به طور کتبی برای خاتمه عضویت به شما بگوییم. همچنین بایستی توضیح دهیم که چرا می‌توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما شکایت کنید. همچنین می‌توانید به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا برای اطلاعات مربوط به نحوه تنظیم شکایت مراجعه کنید.

H. چگونه می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد پایان عضویت خود داشته باشید، می‌توانید با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.



فصل 11: اعلامیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اخطارهای قانونی است که برای عضویت شما در طرح ما اعمال می‌شود. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A. اعلامیه درباره قوانین.....	236
B. اعلامیه عدم تبعیض.....	236
C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره.....	237
D. اعلامیه مربوط به وصول ماترک.....	237
E. مدیریت کتابچه راهنمای اعضا.....	237
F. همکاری اعضا.....	238
G. تعیین نماینده.....	238
H. مسئولیت کارفرما.....	238
I. مسئولیت سازمان دولتی.....	238
J. اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده.....	238
K. مزایای غرامت کارگران یا مسئولیت کارفرما.....	238
L. اعاده پرداخت اضافی.....	238
M. زمانی که شخص ثالث باعث جراحات شما شود.....	239
N. اطلاعیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت.....	239
O. گزارش تقلب، اتلاف و سوء استفاده.....	240



A. اعلامیه درباره قوانین

بسیاری قوانین به این کتابچه راهنمای اعضا مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است حتی اگر در کتابچه راهنمای اعضا گنجانده نشده یا توصیف نشده باشند روی حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر داشته باشند. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند شامل قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal می‌باشند. قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مربوط می‌شوند.

B. اعلامیه 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 نمی‌شویم. علاوه بر این، ما افراد را به دلیل اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تاهل یا وضعیت پزشکی، به طور غیرقانونی بین آنها تبعیض قابل تبعیض نمی‌شویم، آنها را طرد نمی‌کنیم، یا با آنها متفاوت رفتار نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید 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 می‌توانند با 711 تماس بگیرند (خدمات رله مخابرات). اگر عقیده دارید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید یک نارضایتی تبعیض‌آمیز را تسلیم کنید، با:

- به این آدرس ایمیل ارسال کنید: CivilRights@dhcs.ca.gov

- فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این آدرس موجود است:

dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن، مکاتبه یا به صورت الکترونیکی، به دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا نیز تسلیم نمایید:

- توسط تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنیداری دارید، لطفاً با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.
- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این آدرس موجود است:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- به صورت الکترونیک: به CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل ارسال کنید.

اگر معلولیت دارید و برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های درمانی یا ارائه دهنده به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتری تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، از قبیل مشکل دسترسی با صندوق، چرخدار، خدمات بیشتری می‌تواند به شما کمک کند.

C. اعلامیه 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 می‌دهیم 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 می‌کنیم. 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 دارایی‌های مشروط برخی از اعضای متوفی بابت مزایای Medi-Cal باشد که در روز تولد 55 سالگی آنها یا پس از آن دریافت می‌شود. بازپرداخت شامل حق بیمه خدمات و پرداخت هزینه مراقبت درمانی 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 نمی‌تواند از ارزش دارایی مشروط اعضا فراتر رود.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت بازیابی سلامتی اداره خدمات درمانی به نشانی www.dhcs.ca.gov/er بروید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

E. مدیریت کتابچه راهنمای اعضا

ما ممکن است خط مشی‌ها، رویه‌ها و تفاسیر معقولی را برای ترویج مدیریت منظم و کارآمد این کتابچه راهنمای اعضا اتخاذ کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفت 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 دفترچه اطلاعاتی اعضا درخواست می‌کنیم، تکمیل کنید.

G. تعیین نماینده

شما نمی‌توانید این کتابچه راهنمای اعضا 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 می‌کند، ما پولی به کارفرما نخواهیم داد و زمانی که چنین خدماتی را پوشش می‌دهیم ممکن است ارزش خدمات را از کارفرما بازیابی کنیم.

I. مسئولیت سازمان دولتی

برای هر گونه خدماتی که قانون الزام می‌کند 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 بازیابی کنیم.

J. اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده

برای هر گونه خدمات برای شرایطی که قانون اداره نظامیان بازنشسته موظف به ارائه می‌کند، ما هزینه‌ای 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. مزایای غرامت کارگران یا مسئولیت 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 بازیابی کنیم:

1. از هر منبعی که تسهیلاتی را ارائه دهد یا از آنهایی که منفعتی از آنها ناشی می‌شود.
2. از شما، تا حدی که مزایا ارائه می‌شود 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 می‌دهیم از هر کسی که چنین پرداخت اضافی دریافت می‌کند یا از هر شخص یا سازمانی که موظف به پرداخت برای خدمات باشد، بازیابی کنیم.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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 راه‌های موجود برای بازپرداخت یا مبالغ پرداختی Blue Shield برای خدمات ارائه شده به شما از هر بازپرداختی (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 راه‌های موجود در برابر هر گونه بهبودی که در نتیجه آسیب یا بیماری دریافت می‌کنید، شامل هر مبلغی است که به حکم دادگاه، رای داور، تسویه حساب یا هر ترتیب دیگر، از هر شخص ثالثی، بیمه‌گر شخص یا شخص ثالث، یا از پوشش رانندگان بدون بیمه یا تحت بیمه، مربوط به بیماری یا آسیب («بازپرداختی»)، بدون توجه به اینکه شما به «بازپرداختی کامل» رسیده باشید یا خیر، اعطا یا دریافت شده باشد. حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه‌های موجود مرتبط به آن بخش از کل بازپرداختی است که برای مزایای پرداخت شده در رابطه با چنین آسیب یا بیماری، محاسبه شده مطابق با بخش 3040 قانون مدنی کالیفرنیا، تعلق می‌گیرد.

شما در موارد زیر ملزوم هستید:

1. هر گونه ادعا یا دعوی حقوقی واقعی یا بالقوه‌ای را که می‌خواهید علیه شخص ثالث ناشی از اعمال یا کوتاهی‌های 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 راه‌های موجود؛ و
 3. موافق کتبی با بازپرداخت Blue Shield برای مزایای پرداختی توسط Blue Shield در زمانی که بازپرداختی از طرف شخص ثالث یا بیمه‌گر شخص ثالث، یا از پوشش رانندگان بدون بیمه یا تحت بیمه دریافت می‌شود. 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 دوره‌ای به درخواست‌های اطلاعاتی در رابطه با ادعای شخص ثالث و اطلاع کتبی به Blue Shield ظرف ده (10) روز پس از دریافت هرگونه بازپرداختی.
- 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 "Manifest MedEx Health Information Exchange" ("HIE") شرکت می‌کند و اطلاعات سلامت اعضای خود را برای دسترسی به ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی مجاز در دسترس Manifest MedEx قرار می‌دهد. Manifest MedEx یک سازمان مستقل و غیرانتفاعی است که یک پایگاه داده سراسری از سوابق الکترونیکی بیماران را نگهداری می‌کند که شامل اطلاعات سلامت ارائه شده توسط پزشکان، مراکز مراقبت درمانی، برنامه‌های خدمات مراقبت‌های درمانی و شرکت‌های بیمه سلامت است. ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی مجاز (از جمله پزشکان، پرستاران و بیمارستان‌ها) ممکن است به

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



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 می‌گذارد و از قوانین مربوط به حریم خصوصی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Manifest MedEx از سیستم‌های امنیتی پیشرفته و تکنیک‌های مدرن رمزگذاری داده‌ها برای محافظت از حریم خصوصی اعضا و امنیت اطلاعات شخصی آنها استفاده می‌کند.

هر عضو Blue Shield حق دارد به Manifest MedEx دستور دهد که اطلاعات سلامت خود را با ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی خود به اشتراک نگذارد. اگرچه انصراف از Manifest MedEx ممکن است توانایی ارائه دهنده مراقبت‌های درمانی شما را برای دسترسی سریع به اطلاعات مراقبت‌های درمانی مهم در مورد شما محدود کند، بیمه درمانی یا پوشش مزایای طرح درمانی یک عضو تحت تأثیر انتخاب انصراف از Manifest MedEx قرار نخواهد گرفت. هیچ پزشک یا بیمارستانی که در Manifest MedEx مشارکت دارد، از ارائه مراقبت پزشکی به بیماری که تصمیم می‌گیرد در Manifest MedEx HIE شرکت نکند، خودداری خواهد کرد.

اعضایی که نمی‌خواهند اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی‌شان 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 7:00am تا ساعت 7:00pm دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. TTY: 711 برای افراد کم شنوا.

○ گزارش تقلب، اتلاف و سوء استفاده

تقلب، اتلاف و سوء استفاده (FWA) چیست؟

- **تقلب** ارائه نادرست عمدی است که ممکن است منجر به هزینه‌های غیرمجاز برای یک برنامه مراقبت‌های درمانی شود.
- **اتلاف** استفاده نامناسب از بودجه یا منابع مراقبت‌های درمانی بدون نیاز موجه به انجام آن است.
- **سوء استفاده** عملی است که با شیوه‌های صحیح پزشکی یا تجاری ناسازگار است که ممکن است به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم منجر به هزینه‌های غیرضروری برای یک برنامه مراقبت‌های درمانی شود.

از خود و مزایای خود محافظت کنید

- هرگز شماره‌های Social Security، Medicare یا طرح سلامت یا اطلاعات بانکی خود را به کسی که نمی‌شناسید ندهید.
- بدون دستور پزشک، با هیچ آزمایش درون آزمایشگاه موافقت نکنید.
- پذیرش هر چیزی ارزشمند در ازای خدمات پزشکی غیرقانونی است.

از تقلب در آزمایش‌های ژنتیک آگاه باشید

کلاهبرداران برای انجام تقلب در آزمایش‌های ژنتیک به ثبت نام کنندگان ناآگاه در مراکز بهداشت محلی، مراکز اقامت سالمندان، مراکز اجتماعی، آژانس‌های بهداشت خانگی و سایر مکان‌های قابل اعتماد نزدیک می‌شوند. آنها به دروغ قول می‌دهند که Medicare هزینه آزمایش را پرداخت می‌کند و شما فقط باید یک سواب گانه، شناسه خود و اطلاعات Medicare را برای دریافت نتایج آزمایش خود ارائه دهید.

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



متأسفانه، سپس این کلاهبرداران طرح سلامتی یا شماره Medicare شما را دارند و می‌توانند هزاران دلار برای آزمایش‌ها یا حتی خدماتی که هرگز دریافت نمی‌کنید، به Medicare صورتحساب ارایه کنند. آنها همچنین اطلاعات ژنتیکی شخصی شما را خواهند داشت.

برای گزارش مشکوک به تقلب، 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 واژه‌های مهم

مقدمه

این فصل شامل عبارات کلیدی است که در سرتاسر راهنمای اعضا با تعاریفشان استفاده می‌شوند. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر اصطلاح مورد نظر خود را پیدا نکردید یا اگر به اطلاعات بیشتری نسبت به تعریف نیاز دارید، با خدمات مشتری تماس بگیرید.



فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL): کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می‌دهند، 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 می‌کند.

برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP): نامه‌ای که به افراد واجد شرایط که مبتلا به HIV/AIDS هستند، کمک می‌کند تا به داروهای نجات بخش HIV دسترسی داشته باشند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می‌کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز نداشته و انتظار نمی‌رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تجدیدنظر: روشی برای شما تا علیه عملکردی اعتراض کنید در صورتی که فکر می‌کنید اشتباهی را مرتکب شده‌ایم. شما می‌توانید با درخواست تجدیدنظر برای تغییر یک تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** شما، درخواست‌های تجدیدنظر، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

بهداشت رفتاری: یک عبارت جامع که به خدمات بهداشت روانی و اختلالات مربوط به اعتیاد اشاره می‌کند.

محصولات بیولوژیکی: یک داروی نسخه دار که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری‌ها یا مخمر ساخته شده است. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای دیگر هستند و نمی‌توانند دقیقاً کپی شوند، بنابراین فرم‌های جایگزین بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. (همچنین به "محصولات بیولوژیکی اصلی" و "بیوسیمیلار" مراجعه کنید).

بیوسیمیلار: یک داروی بیولوژیکی که بسیار مشابه، اما نه یکسان، با محصول بیولوژیکی اصلی است. بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیکی اصلی ایمن و مؤثر هستند. برخی بیوسیمیلارها ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه شوند. (به "بیوسیمیلار قابل تعویض" مراجعه کنید).

داروی برند: یک داروی نسخه دار که توسط شرکتی که دارو را در آگار کار تولید کرده تهیه شده و فروخته می‌شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر ساخته و فروخته می‌شوند.

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 می‌کنید.

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 حمایت‌های بلند مدتی شوند که تحت Medi-Cal اجازه داده شده که دریافت کنید.

گروه مراقبتی: به «گروه مراقبتی میان رشته‌ای» مراجعه کنید.

مراکز خدمات: Medicaid (CMS) و Medicare اداره فدرال مسئول Medicare. **فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا** نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.



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 می‌کند که برای اعضای واجد شرایطی می‌باشد که شرایط واجد شرایط بودن مربوطه را برآورده می‌کنند.

شکایت: یک اظهاریه کتبی یا شفاهی که توصیف می‌کند شما در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود مشکل یا نگرانی دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت مراقبت، کیفیت خدمات ارائه‌کنندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. عبارت رسمی برای «تنظیم شکایت»، «تسلیم نارضایتی» است.

مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند، از جمله ورزش درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، کاردرمانی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی برای بهبود خانه.

سهام ثابت: یک مبلغ ثابت که به عنوان سهم هزینه‌های خود هریار که خدمات یا داروهای نسخه دار خاصی را دریافت می‌کنید پرداخت می‌کنید. برای مثال، ممکن است \$2 یا \$5 برای خدمات یا داروی نسخه دار بپردازید.

سهام هزینه: مبالغی که هنگام دریافت خدمات یا داروهای نسخه دار خاص پرداخت می‌کنید. سهم هزینه شامل پرداخت‌های مشترک می‌شود.

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 می‌شود) 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 می‌شود که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد. **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** نحوه درخواست از ما برای تصمیم مربوط به پوشش را توضیح می‌دهد.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای نسخه دار و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش برنامه درمانی خود استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، داروهای نسخه دار و بدون نسخه، وسایل و سایر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما استفاده می‌کنیم.

آموزش شایستگی فرهنگی: آموزشی که دستورالعمل‌های بیشتری را برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی ما ارائه می‌دهد که به آنها کمک می‌کند پیشینه، ارزش‌ها 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 سوالات شما در مورد عضویت، مزایا، نارضایتی‌ها و تجدیدنظرها می‌باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات مشتری، به **فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (Medi-Cal خوانده می‌شود).

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

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



سازمان هماهنگ خدمات درمانی (DMHC): سازمان دولتی در کالیفرنیا که مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به اشخاص در مورد تجدیدنظرها و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک می‌کند. DMHC بررسی مستقل پزشکی (IMR) را نیز اجرا می‌کند.

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): برنامه‌ای که کمک می‌کند اطمینان حاصل شود که اعضا به‌طور ایمن از داروهای مخدر نسخه دار و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند استفاده می‌کنند.

رده‌های دارویی: گروه‌هایی از داروها در فهرست دارویی ما می‌باشند. داروهای ژنریک، نام تجاری یا داروهای بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف قرار دارد.

برنامه نیازهای ویژه دو-احرازی (D-SNP): طرح سلامتی که به افرادی که واجد شرایط Medicare و Medicaid هستند خدمات می‌دهد. طرح ما D-SNP است.

وسایل با دوام پزشکی (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. مثالها شامل اقلامی مانند ویلچر، چوبدستی، سیستم‌های تشک برقی، وسایل دیابت، تخت‌های بیمارستانی که یک تامین کننده برای استفاده در منزل سفارش می‌دهد، پمپ تزریق (IV)، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

وضعیت اضطراری: یک وضعیت اضطراری پزشکی زمانی است 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 می‌شوند 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 محدودیت‌های خاص.

خدماتی که تحت پوشش نیستند: خدماتی که تحت پوشش این طرح سلامت نیستند.

Extra Help: 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. **Extra Help**، «برنامه یارانه برای افراد کم درآمد» یا LIS نیز گفته 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 داروخانه‌های 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 درمانی (HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا** نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.



برنامه سلامت: سازمانی می‌باشد که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلند مدت و سایر ارائه‌کنندگان تشکیل شده است. این سازمان هماهنگ‌کننده‌های مراقبتی را برای کمک در مدیریت همه ارائه‌کنندگان 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.

ارائه‌کننده تحویل در منزل: برخی برنامه‌ها ممکن است یک برنامه تحویل در خانه را ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا حداکثر 3 ماه ذخیره داروهای نسخه دار تحت پوشش خود را دریافت کنید که مستقیماً برای خانه شما ارسال می‌شود. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای پر کردن نسخه‌هایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.

امدادگر مراقبت درمانی در خانه: شخصی که خدماتی را فراهم می‌کند که به مهارت‌های یک پرستار یا کارور درمانی دارای مجوز نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام کردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های تجویز شده). امدادگران مراقبت سلامت در خانه مجوز پرستاری نداشته و خدمات درمانی ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه بیماران رو به مرگ: برنامه مراقبت و پشتیبانی برای کمک به افرادی که پیش‌آگهی پایانی دارند که زندگی راحت داشته باشند. پیش‌آگهی 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 پیش‌آگهی 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 ارائه‌دهندگان آسایشگاه در منطقه جغرافیایی خود را به شما ارائه دهیم.

صورت‌حساب غلط/نامناسب: موقعیتی که ارائه‌کننده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهمی شدن در هزینه برنامه درمانی برای خدمات از شخص مطالبه می‌کند. اگر صورت‌حسابی دریافت کردید که متوجه نمی‌شوید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. از آنجا که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما هیچ سهم هزینه را بدهکار نیستید. ارائه‌کنندگان نباید برای این خدمات هزینه‌ای از شما مطالبه کنند.

خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS): برنامه IHSS 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. آژانس‌های 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 مراقبت‌های درمانی مدیریت شده 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 هزینه‌ای 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): برنامه‌ای برای خدماتی که دریافت می‌کنید و نحوه دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری، و خدمات و حمایت‌های طولانی مدت شود.

بیمار بستری: عبارت مورد استفاده هنگامی که 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 رشته‌ای (ICT یا گروه مراقبتی): گروه مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین سلامت 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.

Integrated D-SNP: یک برنامه نیازهای ویژه دو-احراز می‌کند که Medicare و بیشتر یا همه خدمات Medicaid را تحت یک برنامه درمانی واحد برای گروه‌های خاصی از افراد واجد شرایط Medicare و Medicaid پوشش می‌دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه تمام مزایا شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلار قابل تعویض: یک داروی بیوسیمیلار که ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه جایگزین شود زیرا شرایط دیگر مربوط به قابلیت جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. جایگزینی خودکار در داروخانه منوط به قانون ایالتی است.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای نسخه دار و داروهای بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای موجود در این فهرست را با همکاری پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست دارویی حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آنها پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی اوقات «مجموعه دارویی» خوانده می‌شود.

خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS): خدمات و حمایت‌های 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 برنامه ما شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)، همچنین به عنوان مراقبت سلامت روزانه بزرگسالان، تسهیلات پرستاری (NF) و پشتیبانی‌های اجتماعی شناخته می‌شود. برنامه‌های چشم پوشی IHSS و (c) 1915 مرتبط با Medi-Cal LTSS هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

یارانه کم درآمدی (LIS): به Extra Help مراجعه کنید

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط ایالت ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال پرداخت می‌شود.



- این برنامه به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلند مدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- این برنامه خدمات و برخی داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid از ایالت به ایالت دیگر متفاوت است، اما اگر واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های درمانی پوشش داده می‌شود.

طرح‌های Medi-Cal: برنامه‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، وسائل پزشکی و حمل و نقل. مزایای Medicare جدا هستند.

Medicaid (یا کمک پزشکی): برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و ایالت اجرا می‌شود و به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلند مدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند. Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد.

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 معلولیت‌های خاص و اشخاصی که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد). اشخاص عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی خود را از طریق Medicare اصلی یا برنامه مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به «برنامه درمانی» مراجعه کنید).

مزیت Medicare: یک برنامه Medicare، همچنین به عنوان «بخش C» یا MA شناخته می‌شود، که طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها برای پوشش مزایای Medicare شما پول می‌پردازد.

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 برنامه‌های 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 استراتژی‌هایی را برای غلبه بر چالش‌های کاهش وزن و سبک زندگی سالم ارائه می‌دهد.

ثبت نام شده در Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و MediCal واجد شرایط است. ثبت نام شده Medicare-Medi-Cal، «ذینفع واجد شرایط دوگانه» نیز خوانده می‌شود.

بخش A Medicare: برنامه Medicare که بیشتر نیازهای ضروری بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت سلامت در خانه و مراقبت قبل از فوت را پوشش می‌دهد.



بخش B Medicare: برنامه Medicare که خدمات (از قبیل تست‌های آزمایشگاهی، جراحی و ویزیت‌های پزشک) و لوازم (از قبیل صندلی چرخدار و واکر) که برای مداوای بیماری یا عارضه ضرورت پزشکی دارند را تحت پوشش قرار می‌دهد. Medicare بخش B بسیاری خدمات پیشگیری کننده و معاینه تشخیص بیماری را نیز پوشش می‌دهد.

بخش C Medicare: برنامه Medicare، همچنین به عنوان «مزیت Medicare» یا MA شناخته می‌شود که به شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق Medicare Advantage Plan ارائه کنند.

بخش D Medicare: برنامه مزایای داروی نسخه دار Medicare. ما این برنامه را به طور مختصر «بخش D» می‌خوانیم. Medicare بخش D داروهای نسخه دار بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B یا Medi-Cal نیستند را پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که می‌توانند تحت پوشش Medicare بخش D باشند. کنگره بخصوص گروه‌های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. Medi-Cal ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت دارو درمانی (MTM): گروه مشخصی از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

برنامه Medi-Medi: برنامه Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) نوعی برنامه Medicare Advantage Plan می‌باشد. این برنامه مخصوص اشخاصی است که Medicare و Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح درمانی به صورت ترکیبی استفاده می‌کنند. برنامه‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کنند، از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal.

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 (CMS) Medicaid و Medicare و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

کتابچه راهنمای 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 عضو از طرح ما انجام دهید را توضیح می‌دهد.

داروخانه شبکه: داروخانه‌ای که قبول کرده نسخه‌ها را برای اعضای برنامه درمانی ما بپیچد. ما بدین خاطر به آنها «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم که موافقت کرده‌اند با برنامه درمانی ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه‌هایی را پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما پیچیده شده باشند.

ارائه کننده شبکه: «ارائه کننده» یک عبارت عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این عبارت شامل بیمارستان، سازمان بهداشت در خانه، درمانگاه و سایر مکان‌هایی نیز می‌شود که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت‌های طولانی مدت را در اختیار شما قرار می‌دهند.



- این ارائه‌کنندگان دارای گواهینامه بوده و تحت مجوز Medicare و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی هستند.
- ما این ارائه‌کنندگان را هنگامی «ارائه‌کنندگان شبکه» می‌خوانیم 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 ارائه‌کنندگان شبکه استفاده کنید. ارائه‌کنندگان شبکه «ارائه‌کنندگان برنامه درمانی» نیز خوانده می‌شوند.

آسایشگاه: محلی که مراقبت را برای تشخیصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند 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 می‌کند. اگر مشکلی یا شکایتی دارید، آنها می‌توانند به سوال‌های شما پاسخ دهند و می‌توانند به شما کمک کند بفهمید که چه کاری باید انجام دهید. خدمات بازرس رایگان است. می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به **فصل‌های 2 و 9 کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

تشخیص سازمانی: هنگامی که برنامه درمانی یا یکی از ارائه‌کنندگان آن در مورد اینکه آیا خدمات تحت پوشش هستند یا نحوه پرداخت برای خدمات تحت پوشش تصمیمی را اتخاذ می‌کند به آن تشخیص سازمانی می‌گویند. تشخیص سازمانی "تصمیم مربوط به پوشش" خوانده می‌شوند. **فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا** تصمیم مربوط به پوشش را توضیح می‌دهد.

محصولات بیولوژیکی اصلی: یک محصول بیولوژیکی که توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تایید شده است و به عنوان مقایسه برای تولیدکنندگان نسخه بیوسیمیلار عمل می‌کند. این محصول مرجع نیز خوانده می‌شود.

Original Medicare (برنامه Medicare استاندارد یا Medicare هزینه در مقابل خدمات): دولت Original Medicare را ارائه می‌دهد. تحت Original Medicare خدمات Medicare توسط پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبتی به میزانی که توسط کنگره وضع شده تحت پوشش قرار می‌گیرند.

- می‌توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می‌کند بروید. Medicare اصلی شامل دو بخش می‌باشد. Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی)
- Medicare اصلی در هر کجای ایالات متحده در دسترس می‌باشد.
- اگر نمی‌خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می‌توانید Medicare اصلی را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای 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 داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش برنامه درمانی ما نمی‌باشند مگر اینکه شرایط خاصی برآورده شوند.

ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌کننده‌ای که تحت استخدام، مالکیت یا اداره برنامه درمانی ما نبوده و برای ارائه خدمات به اعضای برنامه درمانی ما تحت قراردادی نیست. **فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا** ارائه‌کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما: شرایط سهیم شدن در هزینه برای اعضا تا بخشی از خدمات یا داروهایی را که درخواست می‌کنند را پرداخت کنند، شرایط «هزینه نقدی شما» نیز خواهند می‌شود. به تعریف «اشتراک هزینه» در بالا مراجعه کنید.

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



داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه، داروهایی هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه از متخصص مراقبت‌های درمانی خریداری کند.

بخش A: به «بخش A Medicare» مراجعه کنید.

بخش B: به «بخش B Medicare» مراجعه کنید.

بخش C: به «بخش C Medicare» مراجعه کنید.

بخش D: به «بخش D Medicare» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

اطلاعات سلامت شخصی (که اطلاعات سلامت محافظت شده نیز نامیده می‌شود) (PHI): اطلاعاتی درباره شما و سلامتی شما، مانند نام، آدرس، شماره تامین اجتماعی، ویزیت‌های 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.

ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP): پزشک یا ارائه‌کننده دیگری می‌شود که برای بیشتر مشکلات سلامت ابتدا نزد او می‌روید. او مطمئن می‌شود که مراقبت لازم را برای حفظ سلامتی خود دریافت کنید.

- وی ممکن است با پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کند یا شما را به آنها ارجاع کند.
- در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود بروید.
- برای اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه به **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اجازه قبلی (PA): اجازه‌ای که شما قبل از دریافت خدمات یا داروی خاص یا رفتن نزد ارائه‌کننده 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 ارائه‌کننده شبکه دیگری اجازه قبلی را از برنامه درمانی ما دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضا شما علامت‌گذاری شده‌اند.

طرح ما فقط در صورتی برخی از داروها را پوشش می‌دهد که از ما PA بگیرید.

- داروهای تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در **فهرست داروهای تحت پوشش** علامت زده شده و مقررات در وبسایت ما ارائه شده است.

برنامه‌های مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به طور مشترک برای اشخاص 55 ساله به بالا پوشش می‌دهد که نیاز به مراقبت بیشتری دارند تا در خانه خودشان زندگی کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711)، 1-800-452-4413 از ساعت

8:00am تا 8:00pm و هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



اندام مصنوعی و ارتوتیک: دستگاه‌های پزشکی سفارش شده توسط پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی که شامل بریس‌های 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 روده‌ای 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 می‌کنند. حقوق QIO را دولت فدرال پرداخت می‌کند 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 می‌توانید دریافت کنید. ممکن است مقدار دارویی را که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم محدود کنیم.

ابزار مزایای در لحظه: پورتال یا برنامه کامپیوتری که در آن ثبت نام کنندگان می‌توانند 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 محدودیت‌های پوششی (مجوز قبلی، مرحله درمانی، محدودیت‌های کمیت) که برای داروهای جایگزین اعمال می‌شود، است.

ارجاع: ارجاع، تاییدیه ارائه دهنده مراقبت اولیه شما (PCP) یا تاییدیه ما برای استفاده از ارائه دهنده‌ای غیر از PCP شما است. اگر ابتدا تایید نشوید، ممکن است ما خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از خدمات برخی متخصصان، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به ارجاع ندارید. می‌توانید برای اطلاعات بیشتر درباره ارجاع به **فصل 3 و 4** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

خدمات توانبخشی: مداوایی که برای کمک به شما در بهبود از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می‌کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره توانبخشی به **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STIs)، اچ‌ای‌وی/ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت تأیید جنسیت، و خشونت شریک جنسی.

منطقه خدمت‌رسانی: یک منطقه جغرافیایی که برنامه درمانی در صورت محدود سازی عضویت بر اساس محل زندگی اشخاص، اعضا را می‌پذیرد. برای برنامه‌های درمانی که پزشکان و بیمارستان‌هایی که می‌توانید استفاده کنید را محدود می‌کنند نیز معمولاً منطقه‌ای می‌باشد که می‌توانید خدمات عادی (غیر اضطراری) را دریافت کنید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو برنامه درمانی ما شوند.

سهم هزینه: بخشی از هزینه‌های 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 درمانی 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. مثال‌های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل ورزش درمانی یا تزریقات درون رگی (IV) می‌شود که پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند ارائه کند.

متخصص: پزشکی می‌باشد که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می‌کند.



داروخانه‌های تخصصی: برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های تخصصی، به فصل 5 دفترچه اطلاعاتی/اعضا خود مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری برای خدمات Medi-Cal درخواست کند که ما تصویب نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید 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 می‌داند 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 می‌کند 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 می‌باشد که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه پیش‌بینی نشده دریافت می‌کنید که اضطراری نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. زمانی که نمی‌توانید به مراقبت دسترسی پیدا کنید زیرا با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان شبکه امکان‌پذیر نیست، یا غیرمنطقی است (مثلاً زمانی که خارج از منطقه خدماتی برنامه درمانی هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک وضعیت پیش‌بینی نشده نیاز دارید، اما این یک وضعیت اضطراری پزشکی نیست)، می‌توانید مراقبت فوری مورد نیاز را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید.



خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan

<p>تماس با این شماره رایگان است. 8:00am تا 8:00pm، هفت روز هفته</p> <p>خدمات اعضا برای اشخاصی که انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان نیز دارد.</p>	<p>تماس تلفنی با</p> <p>1-800-452-4413</p>
<p>این شماره به تجهیزات تلفنی خاص نیاز دارد و فقط برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند.</p> <p>تماس با این شماره رایگان است. 8:00am تا 8:00pm، هفت روز هفته</p>	<p>TTY</p> <p>711</p>
	<p>فکس</p> <p>(877) 251-6671</p>
<p>Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856</p>	<p>نامه</p>
	<p>وبسایت</p> <p>blueshieldca.com/medicare</p>

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



اطلاعیه عدم تبعیض

رفتار تبعیض‌آمیز برخلاف قانون است. Blue Shield of California تابع قوانین ایالتی مربوطه و قوانین حقوق مدنی فدرال است و بر اساس نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، اصل و نسب، مذهب، جنسیت، وضعیت تأهل، بارداری یا شرایط مرتبط، ویژگی‌های جنسی، کلیشه‌های جنسی، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت تبعیضی قائل نمی‌شود. Blue Shield of California بر اساس نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، اصل و نسب، مذهب، جنسیت، وضعیت تأهل، بارداری یا شرایط مرتبط، ویژگی‌های جنسی، کلیشه‌های جنسی، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت، افراد را از حقوقشان محروم نمی‌کند یا رفتار متفاوتی با آنها ندارد.

Blue Shield of California موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد کم‌توان که قادر به برقراری ارتباط مؤثر با ما نیستند؛ خدماتی نظیر:
 - ✓ مترجمان مجرب زبان اشاره
 - ✓ اطلاعات نوشتاری در قالب‌های دیگر (چاپ درشت، فایل صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل‌دسترس، قالب‌های دیگر)
- خدمات زبانی به افرادی که انگلیسی زبان اول آن‌ها نیست، از جمله:
 - ✓ مترجمان شفاهی واجد شرایط
 - ✓ اطلاعات نوشتاری به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با استفاده از شماره پشت کارت شناسایی عضو خود، با خدمات مشتری Blue Shield of California تماس بگیرید.

اگر معتقد هستید که Blue Shield of California بر اساس نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، اصل و نسب، مذهب، جنسیت، وضعیت تأهل، بارداری یا شرایط مرتبط، ویژگی‌های جنسی، کلیشه‌های جنسی، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت، در ارائه این خدمات به شما کوتاهی کرده است یا به هر طریقی در مورد شما تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایتی به این نشانی ثبت کنید:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator

P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011

تلفن: (844) 831-4133 (TTY: 711)

نمابر: (844) 696-6070

ایمیل: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

می‌توانید شکایت را به صورت حضوری یا از طریق پست، نمابر یا ایمیل ارائه دهید. اگر برای ارائه شکایت به کمک نیاز دارید، هماهنگ‌کننده حقوق مدنی آماده کمک به شما است.

همچنین می‌توانید شکایت مربوط به حقوق مدنی را از طریق U.S. Department of Health and Human Services (اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا)، اداره حمایت از حقوق مدنی ثبت کنید. دسترسی الکترونیکی به این اداره از طریق «پورتال شکایت اداره حقوق مدنی» به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا تماس تلفنی یا از طریق پست به نشانی زیر ممکن است:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

تلفن: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

فرم‌های شکایت در پیوند زیر موجود هستند: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Díí ats'ííís baa áháyá éí doodago azeé' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yált'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ վրա կան հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպության հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ լինելու վրա համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հարեք են իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کفایت با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี



blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555