

## California Physicians' Service توسط شده رایبه Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) (dba Blue Shield of California)

### اعلامیه سالیانه تغییرات 2024

#### مقدمه

شما در حال حاضر، به عنوان عضو برنامه درمانی ما ثبت نام شده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، پوشش، مقررات و هزینه‌ها ایجاد خواهد شد. این اعلامیه سالیانه تغییرات درباره تغییرات و محل دریافت اطلاعات بیشتر به شما می‌گوید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره هزینه‌ها، مزایا یا مقررات، لطفاً کتابچه اعضا را ببینید که در وبسایت ما به آدرس [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024) قرار دارد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

#### منابع اضافی

- این متن به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی موجود است.
- شما می‌توانید این اعلامیه سالیانه تغییرات را به صورت رایگان در سایر فرمت‌ها از قبیل چاپ درشت، بریل و یا صوتی دریافت کنید. با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
  - اگر مایلید مطالب برنامه درمانی خود را آنلاین دریافت کنید، وارد حساب خود در [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) شوید، روی My profile (پرونده من) در سمت راست بالا زیر پروفایل اسم خود کلیک کنید، به Communication preferences (ترجیحات ارتباطات) بروید و «Go paperless» (کاغذ را کنار بگذارید) را به عنوان روش تحویل ترجیحی خود انتخاب کنید. اگر حساب ندارید، به [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) بروید و روی Create account (حساب باز کنید) کلیک کنید و می‌توانید ترجیحات روش تحویل خود را هنگام ایجاد حساب انتخاب کنید.
  - شما می‌توانید یک درخواست دائم برای دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش مراقبت از مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید. زبان و فرمت دلخواه شما برای ارتباطات آینده در پرونده نگهداری می‌شود. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش مراقبت از مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.
- ما خدمات ترجمه شفاهی رایگان برای پاسخگویی به هرگونه سؤالی رایبه می‌دهیم که ممکن است در مورد بیمه درمانی یا داروئی ما داشته باشید. برای گرفتن مترجم شفاهی، کافی است با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب و هفته روز هفته تماس بگیرید. فردی که به زبان انگلیسی صحبت می‌کند، می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان هستند.

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

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



## فهرست مطالب

A.	موارد رفع مسئولیت.....	3
B.	بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal خود در سال آینده.....	3
B1.	اطلاعات درباره Blue Shield TotalDual Plan.....	3
B2.	اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید.....	3
C.	تغییرات تامین‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما.....	5
D.	تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده.....	5
D1.	تغییرات مزایا و هزینه‌ها در بخش خدمات پزشکی.....	5
D2.	تغییرات در پوشش داروی نسخه دار.....	7
D3.	مرحله 1: «مرحله اولیه پوشش».....	9
D4.	مرحله 2 «مرحله پوشش وضعیت بحرانی».....	11
E.	تغییرات اداری.....	11
F.	انتخاب یک برنامه درمانی.....	11
F1.	ماندن در برنامه درمانی خود.....	11
F2.	تغییر برنامه‌ها.....	12
G.	دریافت راهنمایی.....	15
G1.	برنامه ما.....	15
G2.	برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP).....	16
G3.	برنامه بازرس.....	16
G4.	Medicare.....	16
G5.	سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا.....	17

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

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



**A. موارد رفع مسئولیت**

- ❖ Blue Shield of California یک برنامه HMO D-SNP است که با Medicare و برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا قرارداد دارد. ثبت نام در Blue Shield of California بستگی به تجدید قرارداد دارد.
- ❖ هنگامی که این دفترچه اطلاعاتی اعضا به "ما"، "ما را"، "برای ما" اشاره می‌کند، منظور سرویس پزشکان کالیفرنیا (با عنوان تجاری Blue Shield of California) است. هنگامی که به "برنامه" یا "برنامه ما" اشاره می‌کند، منظور Blue Shield TotalDual Plan است.

**B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal خود در سال آینده**

این نکته حائز اهمیت است که هم اکنون پوشش خود را بررسی کنید تا مطمئن شوید هنوز نیازهای شما برای سال آینده را برآورده خواهد کرد. اگر برنامه ما نیازهای شما را رفع نمی‌کند، شما می‌توانید از آن خارج شوید. برای اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایای خود در سال آینده، به بخش D مراجعه کنید.

اگر تصمیم به ترک برنامه ما بگیرید، عضویت شما در روز آخر ماهی تمام می‌شود که درخواست خود را ارائه کردید. اگر واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. اگر برنامه ما را ترک کنید، شما می‌توانید درباره موارد زیر اطلاعات بگیرید:

- گزینه‌های Medicare در جدول بخش E2.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش E2.

**B1. اطلاعات درباره Blue Shield TotalDual Plan**

- California Physicians' Service با عنوان تجاری Blue Shield of California یک برنامه بهداشتی است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد بسته است تا مزایای هر دو برنامه را برای ثبت نام کنندگان فراهم کند.
- 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) بازدید کنید.
- هنگامیکه این اعلامیه سالانه تغییرات به "ما"، "ما را"، "برنامه ما" اشاره می‌کند، منظور Medicare است. Medi-Cal Plan است.

**B2. اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید**

- بررسی کنید آیا تغییراتی در مزایا و هزینه‌هایی وجود دارد که ممکن است بر شما تاثیر بگذارد.

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

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



- آیا تغییراتی در خدمات مورد استفاده شما وجود دارد؟
- تغییرات مزایا و هزینه را بررسی کنید تا مطمئن شوید در سال آینده برای شما مناسب خواهند بود.
- برای اطلاعات در مورد تغییرات در مزایا و هزینه برنامه درمانی ما به بخش **D1** مراجعه کنید.
- **بررسی کنید آیا تغییراتی در پوشش داروهای نسخه‌دار ما وجود دارد که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد.**
  - آیا داروهای شما تحت پوشش خواهند بود؟ آیا آنها در ردیف تسهیم هزینه متفاوتی هستند؟ آیا می‌توانید از همان داروخانه‌ها استفاده کنید؟
  - تغییرات را بررسی کنید تا اطمینان حاصل کنید که پوشش دارویی ما، سال آینده برای شما مناسب است.
  - برای اطلاعات مربوط به تغییرات پوشش دارویی ما، به بخش **D2** مراجعه کنید.
  - هزینه‌های دارویی شما ممکن است نسبت به سال قبل افزایش پیدا کرده باشد.
  - درباره گزینه‌های کم‌هزینه که ممکن است احتمالاً برای شما موجود باشد، با پزشک خود صحبت کنید: این ممکن است باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های از جیب سالیانه شما در کل سال شود.
  - به یاد داشته باشید که مزایای برنامه درمانی شما، تعیین می‌کند که هزینه‌های دارویی شما چقدر ممکن است تغییر کند.
- **بررسی کنید آیا ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شما در سال آینده در شبکه ما خواهند بود.**
  - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصین شما، در شبکه ما هستند؟ داروخانه شما چطور؟ بیمارستان‌ها یا سایر ارائه‌کنندگانی که استفاده می‌کنید چطور؟
  - برای کسب اطلاعات در مورد فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما به بخش **C** مراجعه کنید.
- **به فکر هزینه‌های خود به طور کلی در برنامه درمانی باشید.**
  - برای خدمات و داروهای نسخه‌دار که معمولاً استفاده می‌کنید، چقدر از جیب خودتان پرداخت خواهید کرد؟
  - هزینه‌های کلی در مقایسه با سایر گزینه‌های پوششی چقدر است؟
- **در مورد اینکه آیا از برنامه درمانی ما رضایت دارید فکر کنید.**

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

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



### اگر تصمیم بگیرید که در سال 2024 با Blue Shield TotalDual Plan بمانید:

اگر می خواهید که در سال آینده با ما باقی بمانید، آسان است - لازم نیست که کاری بکنید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به طور خودکار در سال 2024 در Blue Shield TotalDual Plan باقی خواهید ماند.

### اگر تصمیم بگیرید که برنامه های درمانی را تغییر دهید:

اگر تصمیم بگیرید که پوشش دیگری بهتر نیازهای شما را برآورده خواهد کرد، می توانید برنامه درمانی را تغییر دهید (برای اطلاعات بیشتر، به بخش E2 مراجعه کنید). اگر در یک برنامه درمانی جدیدی ثبت نام کنید، پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد.

## C. تغییرات تامین کنندگان و داروخانه های شبکه ما

شبکه های تامین کننده و داروخانه ما در سال 2024 تغییر کرده اند.

**لطفا فهرست تامین کننده و داروخانه سال 2024** را بررسی کنید تا ببینید آیا تامین کنندگان یا داروخانه شما در شبکه ما هست. یک فهرست ارائه کنندگان و داروخانه های به روز شده در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) موجود است. همچنین می توانید برای اطلاعات به روز تامین کنندگان، از طریق شماره های انتهای صفحه با واحد مراقبت از مشتری تماس بگیرید یا از ما بخواهید یک فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها برای شما پست کنیم.

لازم است بدانید که ممکن است ما در طول سال، تغییراتی در شبکه خود ایجاد کنیم. اگر تامین کننده شما برنامه ما را ترک کند، شما حقوق و محافظت های خاصی دارید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 3 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## D. تغییرات در مزایا و هزینه ها برای سال آینده

### D1. تغییرات مزایا و هزینه ها در بخش خدمات پزشکی

ما در سال آینده، پوشش خود را برای خدمات پزشکی خاص و مبلغ پرداختی شما بابت این خدمات پزشکی تحت پوشش را تغییر می دهیم. جدول زیر این تغییرات را توصیف می کند.

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

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



2024 (سال آینده)	2023 (امسال)	
<p>\$8,850</p> <p>بعد از آنکه شما مبلغ \$8,850 از جیب بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد.</p> <p>اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.</p>	<p>\$8,300</p> <p>بعد از آنکه شما مبلغ \$8,300 از جیب بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد.</p> <p>اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.</p>	<p>حداکثر هزینه از جیب سالیانه</p>
<p>خدمات طب سوزنی (فاقد پوشش Medicare) تحت پوشش نیست</p>	<p>شما به ازای هر ویزیت تا 12 ویزیت در سال، \$0 سهم ثابت بیمه‌شده پرداخت می‌کنید.</p>	<p>خدمات طب سوزنی (فاقد پوشش Medicare)</p>
<p>شما \$0 سهم ثابت بیمه‌شده در هر سفر یکطرفه به مکان‌های مرتبط با سلامت موردتایید برنامه (محدود به 48 سفر یکطرفه در سال) می‌پردازید</p>	<p>شما \$0 سهم ثابت بیمه‌شده در هر سفر یکطرفه به مکان‌های مرتبط با سلامت موردتایید برنامه (سفرهای یکطرفه بدون محدودیت در سال) می‌پردازید</p>	<p>خدمات حمل و نقل (فاقد پوشش Medicare)</p>

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

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



<p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر 24 ماه \$0 می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمولی به میزان \$375) هزینه می‌پردازید. اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$375 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p> <p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$375 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر 12 ماه \$0 می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$375 باشد، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p>	<p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر 24 ماه \$0 می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمولی به میزان \$350) هزینه می‌پردازید. اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$350 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p> <p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$350 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر 12 ماه \$0 می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$350 باشد، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p>	<p><b>مراقبت بینایی، پوشش بدون Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه کنندگان)*</b></p>
---	---	---

## D2. تغییرات در پوشش داروی نسخه دار

### تغییرات در فهرست دارویی ما

یک فهرست داروهای تحت پوشش امروز در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024) موجود است. همچنین شما می‌توانید برای اطلاعات امروز داروها، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با مراقبت از مشتری تماس بگیرید یا از ما بخواهید یک فهرست داروی تحت پوشش را برای شما پست کنیم.

فهرست داروهای تحت پوشش "فهرست دارویی" نیز خوانده می‌شود.

ممکن است در فهرست دارویی خود تغییراتی بدهیم که شامل تغییرات در داروهای تحت پوشش و تغییراتی در محدودیت‌هایی می‌شود که به پوشش داروهای خاص مربوط می‌شوند.

فهرست دارویی را بررسی کنید تا مطمئن شوید داروهای شما برای سال آینده تحت پوشش خواهند بود و ببینید که آیا هیچ محدودیت‌هایی وجود دارد.

اگر تغییر در پوشش دارویی بر شما تاثیر بگذارد، از شما می‌خواهیم:

- برای یافتن یک داروی دیگر که ما پوشش می‌دهیم، با پزشک (یا تجویز کننده دیگر) خود همکاری کنید.
- شما می‌توانید از طریق شماره‌های انتهای صفحه با مراقبت از مشتری تماس بگیرید یا از ما بخواهید یک فهرست داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کند را برای شما پست کنیم.

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

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



- این فهرست می تواند به ارائه کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را پیدا کند.
- با پزشک (تجویز کننده دیگر) خود همکاری کرده و از ما بخواهید برای پوشش یک دارو استثناء قابل شویم.
  - شما می‌توانید قبل از سال آینده درخواست استثناء کنید و ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبانی تجویز کننده شما) به شما پاسخ خواهیم داد.
  - برای اطلاع درباره روش درخواست استثناء، به **فصل 9** دفترچه اطلاعاتی اعضا خود مراجعه کنید یا با مراقبت از مشتری با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.
  - اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر درباره روش تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت، به **فصل 2 و فصل 3** دفترچه اطلاعاتی اعضای خود مراجعه کنید.
- از ما درخواست کنید که موقتاً مقداری دارو را پوشش دهیم.
  - در بعضی مواقع، ما مقداری از دارو را در 90 روز اول سال تقویمی **موقتاً** پوشش می‌دهیم.
  - این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هنگامی که ذخیره موقت را می‌توانید دریافت کنید و نحوه درخواست برای آن، به **فصل 5** دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.)
  - هنگامی که مقدار موقتی از یک دارو را دریافت می‌کنید، با پزشک خود درباره راهکار مربوط به زمان اتمام مقدار موقت صحبت کنید. شما می‌توانید به داروی متفاوت تحت پوشش برنامه تغییر دهید یا از ما درخواست کنید که در مورد شما استثناء قائل شده و داروی کنونی شما را پوشش دهیم.
  - درخواست استثنائات فرمولری هر سال باید به برنامه درمانی ارایه شود.

#### تغییرات در هزینه داروهای نسخه‌دار

دو مرحله برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare بخش D تحت پوشش برنامه درمانی ما وجود دارد مبلغی که می پردازید بستگی به مرحله شما در هنگام پیچیدن یا تجدید نسخه دارد. این دو مرحله عبارتند از:

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

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





مرحله 2 مرحله پوشش بحرانی	مرحله 1 مرحله پوشش اولیه
<p>برنامه درمانی، در طول این مرحله، همه هزینه‌های مربوط به داروهای شما را تا 31 دسامبر 2024 پرداخت می‌کند.</p> <p>شما این مرحله را هنگامی شروع می‌کنید که مبلغ مشخصی از هزینه‌های نقدی از جیب را پرداخت کرده باشید.</p>	<p>در طول این مرحله، برنامه درمانی ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه‌شده نامیده می‌شود.</p> <p>شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.</p>

مرحله اولیه پوشش هنگامی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه‌هایی که از جیب خودتان بابت داروهای نسخه‌دار پرداخت می‌کنید به \$8,000 برسد. در آن مرحله، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. برنامه درمانی ما همه هزینه‌های داروئی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که بابت داروهای نسخه‌دار پرداخت می‌کنید، به **فصل 6** دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

### D3. مرحله 1: «مرحله اولیه پوشش»

در طول مرحله اول پوشش، برنامه درمانی ما سهم هزینه داروهای نسخه‌دار تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه‌شده نامیده می‌شود. سهم ثابت بیمه‌شده بستگی به رده تسهیم هزینه‌ای که دارو در آن است و محلی دارد که آن را دریافت می‌کنید. شما هر بار که یک نسخه را می‌پیچید، سهم ثابت بیمه‌شده را پرداخت خواهید کرد. اگر هزینه داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم ثابت بیمه‌شده باشد، شما قیمت کمتر را پرداخت خواهید کرد.

ما برخی داروها در فهرست دارویی را به ردیف دارویی پایین‌تر یا بالاتر منتقل کردیم. اگر داروهای شما از ردیفی به ردیفی منتقل شود، این موضوع می‌تواند بر روی سهم ثابت بیمه شده شما تأثیر داشته باشد. برای آنکه بدانید آیا داروهای شما در ردیف متفاوتی خواهد بود، آنها را در فهرست دارویی جستجو کنید.

جدول زیر هزینه‌های شما برای داروها در هر یک از پنج ردیف دارویی ما را نشان می‌دهد. این مبالغ تنها در طول زمانی اعمال می‌شوند که شما در مرحله اولیه پوشش هستید.

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

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



2024 (سال آینده)	2023 (امسال)	
<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) <b>\$0</b> برای هر نسخه است.</p>	<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) <b>\$0</b> برای هر نسخه است.</p>	<p><b>داروهای ردیف 1</b> (داروهای ژنریک ترجیحی)</p> <p>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 1 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود</p>
<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با <b>\$0</b>، <b>\$1.55</b> یا <b>\$4.15</b> برای هر نسخه است.</p>	<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با <b>\$0</b>، <b>\$1.45</b> یا <b>\$4.15</b> برای هر نسخه است.</p>	<p><b>داروهای ردیف 2</b> (داروهای ژنریک)</p> <p>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 2 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود</p>
<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با <b>\$0</b>، <b>\$4.60</b> یا <b>\$4.15</b> برای هر نسخه است.</p>	<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با <b>\$0</b>، <b>\$4.30</b> یا <b>\$10.35</b> برای هر نسخه است.</p>	<p><b>داروهای ردیف 3</b> (داروهای برندهای ترجیحی)</p> <p>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 3 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود</p>
<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با <b>\$0</b>، <b>\$4.60</b> یا <b>\$4.15</b> برای هر نسخه است.</p>	<p>سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با <b>\$0</b>، <b>\$4.30</b> یا <b>\$10.35</b> برای هر نسخه است.</p>	<p><b>داروهای ردیف 4</b> (داروهای غیر-ترجیحی)</p> <p>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 4 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود</p>

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

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



2024 (سال آینده)	2023 (امسال)	
سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با \$0، \$4.60 یا \$4.15 برای هر نسخه است.	سهام ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با \$0، \$4.30 یا \$10.35 برای هر نسخه است.	<b>داروهای ردیف 5</b> (داروهای ردیف تخصصی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 5 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود

مرحله اولیه پوشش هنگامی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه‌هایی که از جیب خودتان پرداخت می‌کنید به \$8,000 برسد. در آن موقعیت مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. برای اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که بابت داروهای نسخه‌دار پرداخت می‌کنید، به فصل 6 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

#### D4. مرحله 2 «مرحله پوشش وضعیت بحرانی»

هنگامی که به محدوده پرداخت از جیب \$8,000 داروهای نسخه‌دار خود رسیدید، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. شما تا پایان سال تقویمی، در مرحله پوشش وضعیت بحرانی باقی خواهید ماند.

### E. تغییرات اداری

2024 (سال آینده)	2023 (امسال)	
H2819-001	H5928-005	سال آینده، قرارداد Blue Shield TotalDual Plan و شماره قرارداد و بسته مزایای برنامه درمانی (PBP) شما تغییر خواهد کرد. این روی پوشش شما تأثیر ندارد و نیاز نیست شما برای حفظ برنامه درمانی خود کاری انجام دهید.

### F. انتخاب یک برنامه درمانی

#### F1. ماندن در برنامه درمانی خود

امیدواریم که شما را به عنوان عضو برنامه درمانی حفظ کنیم. لازم نیست شما برای ماندن در برنامه درمانی ما کاری انجام دهید. اگر شما به یک برنامه درمانی Medicare دیگر تغییر ندهید یا به Original Medicare تغییر دهید، شما به صورت خودکار در سال 2024، عضو برنامه درمانی ما باقی خواهید ماند.

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

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



**F2. تغییر برنامه‌ها**

بیشتر افراد دارای Medicare می‌توانند عضویت خود را در مواقع خاص در سال پایان دهند. چون شما Medi-Cal دارید، ممکن است بتوانید یک بار در طول دوره ثبت نام خاص، عضویت خود در برنامه ما را پایان دهید یا به یک برنامه درمانی دیگر تغییر دهید.

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- جولای تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره ثبت نام خاص، شما می‌توانید عضویت خود در برنامه درمانی ما را در دوره‌های زیر پایان دهید:

- **دوره ثبت نام سالانه**، که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت شما در برنامه درمانی جدید در 1 ژانویه آغاز می‌شود.
- **دوره ثبت نام باز Medicare Advantage Plan (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی جدید در روز اول ماه بعد آغاز می‌شود.

ممکن است مواقع دیگری باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، وقتی که:

- از منطقه سرویس‌دهی ما خارج شوید،
- احراز شرایط شما برای Medi-Cal یا Extra 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.

**خدمات Medicare شما**

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود دارید. شما با انتخاب یکی از گزینه‌ها، به صورت خودکار به عضویت خود در برنامه درمانی ما پایان می‌دهید.

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

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



<p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aqing.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling">www.aqing.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p><b>یا</b></p> <p>در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به طور خودکار از برنامه درمانی ما خارج می‌شوید. برنامه درمانی Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p>	<p><b>1. شما می‌توانید تغییر دهید به:</b></p> <p>یک برنامه درمانی Medicare دیگر، از جمله یک Medicare Medi-Cal Plan دیگر</p>
--	---

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

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



<p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p><b>یا</b></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>برنامه Medi-Cal تغییر نخواهد کرد.</p>	<p><b>2. شما می‌توانید تغییر دهید به:</b></p> <p><b>Original Medicare</b> با یک برنامه داروهای نسخه‌دار <b>Medicare جداگانه</b></p>
---	---

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

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



<p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p> <p>برنامه Medi-Cal تغییر نخواهد کرد.</p>	<p><b>3. شما می‌توانید تغییر دهید به:</b></p> <p><b>Original Medicare بدون برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جداگانه</b></p> <p><b>توجه:</b> اگر به Medicare اصلی تغییر دهید و در برنامه فدرال داروهای نسخه ای Medicare جداگانه عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک برنامه دارویی عضو کند، مگر اینکه نخواهید که عضو شوید.</p> <p>شما تنها زمانی باید پوشش داروهای نسخه‌دار را حذف کنید که از منبع دیگری مثل کارفرما یا اتحادیه پوشش دارویی دارید. اگر درباره آنکه نیاز به پوشش دارید یا خیر سوال دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling</a> بازدید کنید.</p>
---	---

### 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 1-800-430-4263، دوشنبه - جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر 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.

### G. دریافت راهنمایی

#### G1. برنامه ما

اگر سوالی دارید، ما برای کمک اینجا هستیم. از طریق شماره‌های انتهای صفحه در روزها و ساعات کاری مذکور، با مراقبت از مشتری تماس بگیرید. این تماس‌ها رایگان هستند.

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

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



**دفترچه اطلاعاتی اعضای خود را بخوانید.**

دفترچه اطلاعاتی اعضای شما، یک شرح حقوقی و مفصل از مزایای برنامه درمانی ما است. این سند مزایا و هزینه‌های مربوط به سال 2024 را توصیف می‌کند. این سند حقوق شما و مقرراتی را توصیف می‌کند که لازم است برای دریافت خدمات و داروهای نسخه‌دار تحت پوشش از آنها تبعیت کنید.

دفترچه راهنمای اعضا سال 2024 از 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه به روز از دفترچه راهنمای اعضا در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024) موجود است. همچنین شما می‌توانید از طریق شماره‌های انتهای صفحه با مراقبت از مشتری تماس گرفته و از ما بخواهید یک دفترچه اطلاعاتی/اعضا ویژه سال 2024 برای شما پست کنیم.

**وبسایت ما**

شما می‌توانید از وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید. به عنوان یادآوری، وبسایت ما حاوی آخرین اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما (فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها) و فهرست دارویی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

**G2. برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP)**

همچنین شما می‌توانید با State Health Insurance Assistance Program (SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP، برنامه مشاوره و مدافعه بیمه بهداشتی (HICAP) نام دارد. مشاورین HICAP می‌توانند در درک گزینه‌های برنامه ما کمک کرده و به سوال‌های مربوط به تغییر برنامه‌ها پاسخ دهند. 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 است. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling](https://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling) بازدید کنید.

**G3. برنامه بازرس**

اگر در برنامه درمانی ما مشکل دارید، برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند. خدمات بازرس رایگان به تمام زبان‌ها موجود هستند. برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal:

- 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.
- اطمینان حاصل کنید که شما اطلاعات مربوط به حقوق و محافظت‌های خود و روش حل نگرانی‌های خود را دارید.
- ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نیست. شماره تلفن بازرس کل Medicare Medi-Cal 1-888-804-3536 است.

**G4. Medicare**

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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

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





**وبسایت Medicare**

شما می‌توانید از وبسایت Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) بازدید کنید. اگر تصمیم بگیرید که عضویت خود را در برنامه ما خاتمه داده و عضو یک برنامه دیگر شوید، وبسایت Medicare حاوی اطلاعاتی در مورد هزینه، پوشش و درجه‌بندی کیفیت است که به شما در مقایسه برنامه کمک می‌کند.

شما می‌توانید اطلاعات درباره برنامه‌های Medicare در منطقه خود را با استفاده از Medicare Plan Finder (یابنده برنامه Medicare) در وبسایت Medicare بیابید. (برای اطلاعات درباره برنامه‌ها، به [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) مراجعه کرده و روی Find plans (یافتن برنامه‌ها) کلیک کنید.

**Medicare و شما 2024**

می‌توانید کتاب راهنمای Medicare & You 2024 را بخوانید. هر ساله در پائیز، این دفترچه اطلاعاتی برای اشخاص عضو Medicare پست می‌شود. این دفترچه حاوی خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت‌ها و پاسخ‌هایی به سؤالات متداول در مورد Medicare می‌باشد. این دفترچه به زبان‌های اسپانیولی، چینی و ویتنامی نیز موجود است.

اگر یک نسخه از این دفترچه را در اختیار ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت

([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) یا از طریق تماس با شماره

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته دریافت کنید. کاربران TTY باید با

شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

**G5. سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا**

سازمان هماهنگ خدمات درمانی کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) مسئول کنترل برنامه‌های خدمات مراقبت درمانی می‌باشد. مرکز راهنمایی DMHC می‌تواند در تسلیم تجدیدنظرها و شکایات درباره خدمات Medi-Cal به شما کمک کند. اگر علیه برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با شرکت بیمه خود به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، از روند نارضایتی برنامه درمانی 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 درباره وضعیت اورژانسی، شکایتی که به طور رضایت بخش توسط برنامه درمانی تان حل و فصل نشده یا شکایتی که به مدت بیش از 30 روز به آن رسیدگی نشده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. شما همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هستید، فرآیند بررسی مستقل پزشکی (IMR) دربرگیرنده بازبینی بی طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا درمان، پوشش‌های درمانی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شود. اداره یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD با شماره (1877-688-9891) برای افراد دارای معلولیت شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی این اداره به نشانی [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضا برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

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

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

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

