



مدارک پوشش بیمه

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

کانتی‌های San Diego و Los Angeles

1 ژانویه 2026 - 31 دسامبر 2026

اطلاعاتی اعضای برنامه Medicare Medi-Cal، Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)، یک دفترچه

H2819_26_364A_001_C_FA Approved 08262025

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 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



1 ژانویه 2026 - 31 دسامبر 2026

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

معرفی دفترچه اطلاعاتی اعضا

این دفترچه اطلاعاتی/اعضا که به عنوان مدرک بیمه شناخته می‌شود، به شما درباره پوشش شما تحت برنامه ما تا 31 دسامبر 2026 اطلاعات می‌دهد. دفترچه اطلاعاتی اعضا، خدمات مراقبت سلامت، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)، پوشش داروها، و خدمات و حمایت‌های طولانی مدت را توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در فصل 12 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا گنجانده شده‌اند.

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

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

این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی (سنتی)، چینی (ساده‌شده)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس 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 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، 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. زبان و فرمت دلخواه شما برای ارتباطات آینده در پرونده نگهداری می‌شود. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.

اطلاعیه در مورد دسترسی به خدمات کمک‌زبانی و کمک‌ها و خدمات جانبی



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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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



简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电

1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。

请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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



Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

한국어 태그라인 (Korean)

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



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413

(TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນ

ພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413

(TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

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



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទ ទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបាន ផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវា កម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

(Persian (Farsi)) مطلب به زبان فارسی

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

Русский слоган (Russian)

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



Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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



سایر زبان‌ها

شما می‌توانید این دفترچه اطلاعاتی 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، این دفترچه اطلاعاتی اعضا را مطالعه نمایید.

سایر فرمت‌ها

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

خدمات مترجم شفاهی

Blue Shield TotalDual Plan خدمات ترجمه شفاهی، و خدمات 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 یا دوستان به عنوان مترجم استفاده کنید. ما استفاده از افراد کم سن و سال، به عنوان مترجم شفاهی را به جز در 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 کمک زبانی یا دریافت این دفترچه به زبان دیگر، با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



موارد رفع مسئولیت

- ❖ مزایا و/یا سهم ثابت بیمه شده شما ممکن است از تاریخ 1 ژانویه 2027 تغییر کند.
- ❖ مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» که به آن اشاره شده، بخشی از «مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» (SSBCI) است. همه اعضای برنامه واجد شرایط نخواهند بود. واجد شرایط بودن بستگی به این دارد که فرد مشمول، واجد تعریف «عضو مبتلا به بیماری مزمن» باشد. بیماری‌های مزمن واجد شرایط شامل موارد زیر می‌شوند، اما به این موارد محدود نیستند: اختلالات قلبی-عروقی؛ نارسایی مزمن قلب؛ دیابت شیرین؛ اضافه‌وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛ و اختلالات مزمن ریوی. لطفاً برای فهرست کامل بیماری‌های مزمن واجد شرایط و الزامات مربوط به واجد شرایط بودن، به دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- ❖ داروهای تحت پوشش، شبکه داروخانه و یا شبکه ارائه‌کنندگان خدمات ما، ممکن است هر زمان تغییر کنند. در مورد هرگونه تغییراتی که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد، حداقل از 30 روز قبل اطلاعیه‌ای دریافت خواهید کرد.
- ❖ این مسئولیت 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 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.
- ❖ 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 می‌توانید داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعاتی/اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A.	به برنامه درمانی ما خوش آمدید.....	14
B.	اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal.....	14
B1.	Medicare.....	14
B2.	Medi-Cal.....	14
C.	مزایای برنامه درمانی ما.....	15
D.	منطقه خدماتی برنامه درمانی ما.....	15
E.	چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در برنامه درمانی می‌شود؟.....	16
F.	انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو برنامه درمانی ما می‌شوید.....	16
G.	تیم مراقبت و برنامه مراقبتی شما.....	17
G1.	تیم مراقبت.....	17
G2.	برنامه مراقبت.....	17
H.	خلاصه هزینه‌های مهم.....	18
H1.	حق بیمه برنامه درمانی.....	18
H2.	برنامه پرداخت نسخه Medicare.....	18
I.	این دفترچه اطلاعاتی/اعضا.....	18
J.	اطلاعات مهم دیگری که شما از ما دریافت می‌کنید.....	19
J1.	کارت شناسایی عضو شما.....	19



20	J2. فهرست تامین کنندگان و داروخانه‌ها
21	J3. فهرست داروهای تحت پوشش
21	J4. شرح مزایا
22	K. به روز نگه داشتن پرونده عضویت شما
22	K1. محرمانگی اطلاعات بهداشتی فردی (PHI)



A. به برنامه درمانی ما خوش آمدید

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

B. اطلاعات درباره Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود. Medi-Cal به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های طولانی 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 می‌توانید همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود، از جمله دارو را از برنامه درمانی ما دریافت کنید. 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 درمانی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک گروه مراقبتی دارید که به ایجاد آن کمک می‌کنید. گروه مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، مراقبت دهنده به شما، پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین سلامت باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی دارید. 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 اول ماه بعد از درخواست ثبت‌نام خود در Blue Shield TotalDual Plan، در Blue Shield TotalDual Plan ثبت‌نام 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. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield TotalDual Plan دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره‌های انتهای صفحه با ما تماس بگیرید.

D. منطقه خدماتی برنامه درمانی ما

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

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



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

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

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

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (محل سکونت افراد زندانی منطقه خدماتی محسوب نمی‌شود، حتی اگر از نظر فیزیکی در آنجا حضور داشته باشند)، و
 - در هنگام ثبت نام 21 ساله و بالاتر باشید، و
 - در Medicare بخش A و Medicare بخش B هردو 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، شما همچنان 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 فرم ارزیابی خطر بهداشتی (health risk assessment, HRA) را ظرف 90 روز بعد از تاریخ شروع 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 ما برای شما جدید است، می‌توانید برای مدت مشخصی نزد همان پزشکانی که هم اکنون مراجعه می‌کنید، بروید، حتی اگر خارج از شبکه ما باشند. ما این را ادامه مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، چنانچه تمام شرایط زیر وجود داشته باشد، شما می‌توانید ارائه کنندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت نام به مدت 12 ماه حفظ کنید:

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



- ما بپذیریم که شما با یک تامین کننده مراقبت اولیه یا تخصصی، با چند استثناء، رابطه موجود داشتید. وقتی می‌گوییم «رابطه موجود»، به آن معنی است که شما یک تامین کننده خارج از شبکه را حداقل یک بار در 12 ماه اخیر در یک ویزیت غیراورژانسی قبل از تاریخ ثبت نام اولیه در برنامه درمانی ما ملاقات کرده‌اید.
 - ما رابطه موجود را با بررسی اطلاعات 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 مستنداتی 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 مدت حداقل 90 روز ارایه کنید تا زمانی که ما یک مجوز جدید اجازه DME صادر و از یک تامین کننده بخواهیم تجهیزات اجازه شده را تحویل دهد. اگرچه شما نمی‌توانید این درخواست را برای تامین کنندگان خدمات حمل و نقل یا ارائه کنندگان خدمات جانبی دیگر ارایه کنید، شما می‌توانید برای خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات جانبی که مشمول برنامه ما نیستند، درخواست دهید.
- بعد از اینکه دوره ادامه مراقبت به پایان رسید، لازم است که نزد پزشکان و سایر ارائه کنندگان در شبکه Blue Shield TotalDual Plan که با گروه پزشکی ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما در ارتباط هستند، بروید، مگر اینکه با پزشک خارج از شبکه شما توافقی منعقد کنیم. ارائه کننده داخل شبکه با برنامه درمانی همکاری دارد. یک گروه پزشکی یا انجمن پزشکان مستقل (IPA) سازمانی است که طبق مقررات کالیفرنیا تشکیل شده و با برنامه‌های درمانی جهت ارایه یا هماهنگی خدمات مراقبت درمانی به ثبت نام شدگان برنامه درمانی قرارداد دارد. یک گروه پزشکی یا IPA، انجمنی از پزشکان مراقبت اولیه و متخصصین است که با هدف ارایه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مراقبت به فصل 3 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

G. تیم مراقبت و برنامه مراقبتی شما

G1. تیم مراقبت

تیم مراقبت می‌تواند به شما در ادامه دریافت مراقبت موردنیازتان کمک کند. تیم مراقبت می‌تواند شامل پزشک شما، یک هماهنگ‌کننده مراقبت 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. برنامه مراقبت به شما و پزشکان شما می‌گوید که به چه خدماتی نیاز دارید و چطور می‌توانید آنها را دریافت کنید. این طرح شامل سلامت پزشکی و رفتاری شما و LTSS یا دیگر خدمات است.

تیم مراقبت شما شامل موارد زیر است:

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



- اهداف مراقبت درمانی شما، و

- برنامه زمانی دریافت خدمات موردنیاز شما.

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

H. خلاصه هزینه‌های مهم

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه برنامه درمانی (بخش H1)

- مبلغ برنامه پرداخت نسخه Medicare (بخش H2)

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 2026، حق بیمه ماهیانه Blue Shield TotalDual Plan برابر با \$7.00 است. البته، شما تا زمانی که یارانه درآمد پایین بخش D را دارید، \$0 پرداخت می‌کنید که به "Extra Help" و پوشش کامل Medi-Cal نیز معروف است.

H2. برنامه پرداخت نسخه Medicare

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

فصل 2، بخش M3 اطلاعات بیشتری را در مورد برنامه پرداخت نسخه Medicare ارائه می‌دهد. اگر با مبلغی که به عنوان بخشی از این گزینه پرداخت، صورتحساب شده است، موافق نیستید، می‌توانید مراحل مشخص شده در **فصل 9** را برای ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر دنبال کنید.

A. این دفترچه اطلاعاتی اعضا

این دفترچه اطلاعاتی اعضا بخشی از قرارداد ما با شما می‌باشد. این بدین معنی که ما باید از همه مقررات این 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** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

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

این قرارداد برای ماه‌هایی که در برنامه درمانی ما عضویت داشته‌اید، بین 1 ژانویه 2026 و 31 دسامبر 2026، قابل اجرا است.

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



ل. اطلاعات مهم دیگری که شما از ما دریافت می‌کنید

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

ل1. کارت شناسایی عضو شما

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

				blueshieldca.com/medicare	
Member Name: [Member Name] Member ID: [Member ID] Care Coordinator Phone: (888) 548-5765 PCP: [PCP Name]		RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001		Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To: 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.	
		(800) 452-4413 (TTY: 711) (800) 375-7924 (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			

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. کارت جدیدی برای شما ارسال خواهیم کرد.

تا زمانیکه در برنامه درمانی ما عضویت دارید، برای دریافت اغلب خدمات لزومی ندارد که از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود 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، تامین‌کننده ممکن است به جای برنامه درمانی ما برای Medicare صورتحساب ارسال کند و ممکن است شما صورتحساب دریافت کنید. ممکن است در صورت نیاز به خدمات بیمارستانی، خدمات مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice)، یا مشارکت در پژوهش‌های بالینی مورد تأیید Medicare (که مطالعات بالینی نیز نامیده می‌شوند)، از شما خواسته شود کارت Medicare خود را ارائه دهید. برای اطلاع درباره اقداماتی که باید در صورت دریافت صورتحساب انجام دهید، به **فصل 7 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.

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



- داروهای 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)
- خدمات بهداشت رفتاری کانتی

2.J. فهرست تامین کنندگان و داروخانه‌ها

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

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

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

فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها، متخصصین مراقبت درمانی (مثل پزشکان، پرستاران کارور و روانشناسان)، تسهیلات (مثل بیمارستان‌ها یا کلینیک‌ها)، و تامین کنندگان پشتیبانی (مثل تامین کنندگان سلامت روزانه و سلامت در منزل) را فهرست می‌کند که شما می‌توانید به عنوان عضو Blue Shield TotalDual Plan با آنها ملاقات کنید. 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 تامین کنندگان، متخصصین یا تسهیلات دیگر به معرفی نیاز است، و

- روش انتخاب یک پزشک، و

- نحوه تغییر پزشکتان، و

- روش یافتن پزشکان، متخصصان، داروخانه‌ها یا تسهیلات در منطقه شما و/یا گروه پزشکی/IPA، و

- نحوه دسترسی به خدمات و حمایت‌های بلند مدت (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.

فهرست ارائه کنندگان شبکه

- ارائه کنندگان عضو شبکه ما شامل موارد زیر می‌شود:

- پزشکان، پرستاران، و دیگر متخصصین مراقبت درمانی که شما به عنوان عضو برنامه درمانی ما استفاده می‌کنید؛
- درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر محل‌هایی که خدمات سلامت را در برنامه درمانی ما ارائه می‌کنند؛ و



○ LTSS، خدمات بهداشت رفتاری، سازمان‌های ارائه بهداشت در خانه، ارائه کنندگان تجهیزات پزشکی
 بادوام (DME) و سایر مواردی که کالاها و خدماتی را ارائه می‌کنند که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.

ارائه کنندگان 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 ارائه کنندگان و داروخانه‌ها استفاده کنید.

- به غیر از موارد اضطراری، شما باید نسخه‌های خود را در یکی از داروخانه‌های شبکه ما بپیچید اگر می‌خواهید برنامه درمانی ما در پرداخت هزینه آنها به شما کمک کند.

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

J3. فهرست داروهای تحت پوشش

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

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 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

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

J4. شرح مزایا

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

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



همچنین شما می‌توانید درخواست یک EOB دهید. برای دریافت یک نسخه، از 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. پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه برنامه درمانی ما از پرونده عضویت شما برای کسب اطلاعات در مورد خدمات و داروهای تحت پوشش و تعیین مبالغ سهم هزینه مربوط به شما استفاده می‌کنند. به همین دلیل، بسیار مهم است که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

بلافاصله درباره موارد زیر به ما اطلاع دهید:

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

K1. محرمانگی اطلاعات بهداشتی فردی (PHI)

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



فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

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 این دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A.	خدمات مشتری.....	25
B.	هماهنگ کننده مراقبت شما.....	28
C.	برنامه مشاوره و مدافعه‌ی بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	30
D.	خط مشاوره پرستاری.....	31
E.	خط بحران سلامت رفتاری.....	32
F.	سازمان بهبود کیفیت (QIO).....	33
G.	Medicare.....	34
H.	Medi-Cal.....	36
I.	دفتر بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان.....	37
J.	خدمات اجتماعی پزشکی.....	38
K.	آژانس خدمات بهداشت رفتاری کانتی.....	40
L.	سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا.....	41
M.	برنامه‌هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه داروها.....	42
M1.	Extra Help (کمک اضافی) از Medicare.....	42
M2.	برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP).....	42
M3.	برنامه پرداخت نسخه Medicare.....	43
N.	تامین اجتماعی.....	44



- O. هیئت بازنشستگی راه آهن (RRB) 45
- P. سایر منابع 46
- Q. Medi-Cal Dental 47



A. خدمات مشتری

تماس تلفنی با	1-800-452-4413. این تماس رایگان می‌باشد. 8:00 صبح تا 8:00 شب به وقت پسیفیک، هفت روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.
TTY	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. 8:00 صبح تا 8:00 شب به وقت پسیفیک، هفت روز هفته.
نامه	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
وبسایت	blueshieldca.com/medicare

با خدمات مشتریان 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 در مورد تصمیمات مربوط به پوشش، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- تجدیدنظر در مورد مراقبت درمانی شما
 - تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتی است فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پسیفیک، 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 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید یا با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

● شکایات در مورد مراقبت درمانی شما

- می‌توانید درباره 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 به 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/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

- شما می‌توانید در مورد برنامه درمانی ما به برنامه 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 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.

● تصمیمات مربوط به پوشش داروهای شما

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

— مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا

— مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت می‌کنیم.

- داروهای تحت پوشش غیر Medicare، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 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 پوشش داروهای خود، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

● تجدیدنظر در مورد داروهای شما

- تجدیدنظر روشی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییر در تصمیم پوششی می‌باشد.



- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر درباره داروهای خود، به **فصل 9** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.
- شکایات در مورد داروهای شما
 - شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این کار شامل شکایت در مورد داروهای شما می‌شود.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش مربوط به داروهای 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/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت درباره داروهای خود، به **فصل 9** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.
- پرداخت برای مراقبت درمانی یا داروهایی که قبلاً برای آنها هزینه پرداخت کرده‌اید
 - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7**، این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.
 - اگر 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** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.



B. هماهنگ کننده مراقبت شما

«هماهنگ کننده مراقبت» شخصی است که به طور ویژه برای کمک به شما در دسترسی به مزایا و خدمات Medicare و Medi-Cal آموزش 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.

1-888-548-5765. این تماس رایگان می‌باشد. 8:00am تا 6:00pm، دوشنبه تا جمعه. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.	تماس تلفنی با
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 6:00pm، دوشنبه تا جمعه.	TTY
Blue Shield of California ATTN: تیم ارزیابی ریسک سلامت DSNP 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806	نامه

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)

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



- مراقبت پرستاری تخصصی
 - فیزیوتراپی
 - کاردرمانی
 - گفتار درمانی
 - خدمات اجتماعی پزشکی
 - مراقبت درمانی در خانه
 - خدمات حمایتی در خانه (IHSS) از طریق آژانس خدمات اجتماعی کانتی شما
 - گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت درمانی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.
- بسته به کانتی که در آن زندگی می‌کنید و شرایط 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 مدافعه‌ی بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

برنامه ایالتی امداد بیمه سلامت (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) یک برنامه دولتی با مشاوران آموزش دیده در هر ایالت است که کمک، اطلاعات و پاسخ‌های رایگان به سؤالات Medicare شما ارائه می‌دهد. در کالیفرنیا، SHIP، برنامه مشاوره و مدافعه بیمه 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 یک برنامه ایالتی مستقل است (به هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نیست) که از دولت فدرال هزینه دریافت می‌کند تا مشاوره بیمه درمانی محلی رایگان را به افراد دارای Medicare ارائه دهد.

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، 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. Nurses are available via phone to respond to general health questions and provide directions to additional resources for more information. 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 می‌توانید در رابطه با سوال‌های مربوط به سلامت یا مراقبت درمانی خود با «خط تلفن مشاوره پرستاری» تماس بگیرید.

304-0504 (877). این تماس رایگان می‌باشد. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.	تماس تلفنی با
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	TTY



E. خط بحران سلامت رفتاری

خط بحران سلامت رفتاری کانتی لس آنجلس 1-800-854-7771 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای اشخاصی داریم که انگلیسی صحبت نمی‌کنند. خط بحران و دسترسی سن دیگو کانتی 1-888-724-7240 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.	تماس تلفنی با
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	TTY

برای دریافت 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 Commence Health دارد. این گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت هستند که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد دارای Medicare کمک می‌کنند. Commence Health یک سازمان مستقل است. این سازمان با برنامه درمانی ما مرتبط نیست.

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	Commence Health BFCC-QIO Program Guilford Road, Suite 202 10820 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	https://livantaqio.com/en/states/california

با Livanta برای دریافت کمک در موارد زیر تماس بگیرید:

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، 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. این سازمان با سازمان‌های Medicare Advantage از جمله برنامه درمانی ما قرارداد دارد.

تماس تلفنی با	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048 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.
چت زنده	چت زنده در www.Medicare.gov/talk-to-someone
نامه	ارسال نامه به Medicare به آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

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



وبسایت

www.medicare.gov

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

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



Medi-Cal .H

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

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

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

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

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



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

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

تماس تلفنی با	1-888-452-8609 دوشنبه تا جمعه، 8am تا 5pm
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.
مکاتبه	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، 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 و تمدید Medi-Cal نیاز به کمک دارید، با آژانس خدمات اجتماعی محلی لس آنجلس کانتی یا سن دیگو کانتی تماس بگیرید.

برای درخواست خدمات 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.

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



آژانس بهداشت و خدمات انسانی کانتی سن دیگو P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186	نامه
https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html	وبسایت



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.

تماس تلفنی با	لس آنجلس کانتی
	1-800-854-7771 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات ترجمه شفاهی رایگان فراهم کرده‌ایم.
	سن دیگو 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.
TTY	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.

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 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



L. سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا

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

تماس تلفنی با	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00am 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 Ninth Street, Suite 500 980 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 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



M. برنامه‌هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه داروها

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

M1. Extra Help (کمک اضافی) از Medicare

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

تماس تلفنی با	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.
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

اگر فکر می‌کنید مبلغ نادرستی برای نسخه خود در داروخانه پرداخت می‌کنید، طرح ما فرآیندی دارد که به شما کمک می‌کند مدرکی از مبلغ صحیح سهم ثابت بیمه شده (Copayment) خود را دریافت کنید. اگر از قبل مدرکی از مبلغ صحیح دارید، می‌توانیم به شما کمک کنیم این مدرک را با ما به اشتراک بگذارید.

- می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید، به آن‌ها اطلاع دهید که فکر می‌کنید مبلغ زیادی برای داروهای نسخه‌ای پرداخت می‌کنید و اطلاعات Medi-Cal خود را ارائه دهید. واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal به عنوان «بهترین مدرک موجود» در نظر گرفته می‌شود تا در صورت امکان، کمک اضافی (Extra Help) شما به‌روزرسانی و مبلغ سهم ثابت بیمه شده نسخه شما کاهش یابد. کاهش مبلغ سهم ثابت بیمه شده داروهای نسخه‌ای تضمین شده نیست.
- وقتی مدرکی که مبلغ صحیح سهم ثابت بیمه شده را نشان می‌دهد دریافت کنیم، سیستم خود را به‌روزرسانی می‌کنیم تا بتوانید هنگام دریافت نسخه بعدی، مبلغ صحیح را پرداخت کنید. اگر مبلغی اضافه بر سهم ثابت بیمه شده خود پرداخته باشید، ما این اضافه پرداختی را یا از طریق چک یا به‌صورت اعتبار سهم بیمه شده آتی به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر داروخانه سهم ثابت بیمه شده (Copayment) شما را دریافت نکرده باشد و شما به آن بدهکار باشید، ممکن است ما پرداخت را مستقیماً به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالت از طرف شما پرداخت انجام دهد، ما ممکن است پرداخت را مستقیماً به ایالت انجام دهیم. اگر سوالی دارید، از طریق شماره تلفن پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

M2. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)

ADAP به افراد واجد شرایط ADAP که مبتلا به HIV/ایدز هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات بخش HIV دسترسی داشته باشند. داروهای Medicare بخش D که در مجموعه دارویی ADAP نیز هستند واجد شرایط کمک در سهیم شدن در هزینه نسخه از طریق California ADAP هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر، با California ADAP با شماره (844) 421-7050، از

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



8am تا 5pm، روزهای 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 ایالت و وضعیت بیماری HIV، درآمد پایین (طبق تعریف ایالت)، و وضعیت بیمه نشده/بیمه ناقص داشته باشند. اگر برنامه درمانی‌تان را تغییر دادید، 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، همچنان کمک دریافت کنید، لطفاً با California ADAP با شماره 7050-421 (844)، 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

M3. برنامه پرداخت نسخه Medicare

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



N. تامین اجتماعی

تامین اجتماعی احراز شرایط Medicare را تعیین کرده و ثبت نام Medicare را مدیریت می‌کند.

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

1-800-772-1213 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.	تماس تلفنی با
1-800-325-0778 این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.	TTY
<u>www.ssa.gov</u>	وبسایت

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، 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، اگر جابجا می‌شوید یا آدرس پستی خود را تغییر می‌دهید، به آنها اطلاع دهید. برای پرسش درباره مزایای خود از RRB، با این اداره تماس بگیرید.

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

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



P. سایر منابع

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

اگر در موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
 - Medicare
 - برنامه درمانی خود
 - دسترسی به خدمات پزشکی
 - درخواست تجدیدنظر نسبت به خدمات رد شده، داروها، تجهیزات بادوام پزشکی (DME)، خدمات سلامت روان، غیره.
 - صورتحساب‌های پزشکی
 - IHSS (خدمات حمایتی در محیط خانه)
- برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal در زمینه شکایات، تجدیدنظرها و رسیدگی‌ها کمک می‌کند. شماره تلفن بازرس کل 1-855-501-3077 است.



Medi-Cal Dental .Q

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

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

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

1-800-322-6384 این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental FFS برای کمک به شما از ساعت 8:00am تا 5:00pm، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.	تماس تلفنی با
1-800-735-2922 این شماره برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. شما برای تماس به تجهیزات ویژه تلفنی نیاز دارید.	TTY
www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org	وبسایت

به جای Medi-Cal Dental Fee-For-Service، ممکن است شما از طریق یک برنامه مراقبت هماهنگ 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. راه‌های تماس‌های با برنامه مراقبت هماهنگ دندانپزشکی نیز در اینجا ارائه شده است: 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 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، 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 شما

مقدمه

این فصل شرایط و مقررات خاصی را مطرح می‌کند که شما باید برای دریافت مراقبت درمانی و دیگر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی بدانید. همچنین درباره هماهنگ کننده مراقبت شما، روش دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه کنندگان و در شرایط ویژه و خاص (از جمله ارائه کنندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، 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 این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A.	اطلاعات درباره خدمات و تامین کنندگان.....	49
B.	مقررات دریافت خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد.....	50
C.	هماهنگ کننده مراقبت شما.....	52
C1.	هماهنگ کننده مراقبت چیست.....	52
C2.	شما چگونه می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید.....	52
C3.	شما چگونه می‌توانید هماهنگ کننده مراقبت خود را تغییر دهید.....	52
D.	دریافت مراقبت از تامین کنندگان.....	52
D1.	دریافت مراقبت از ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP).....	52
D2.	دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه کنندگان.....	55
D3.	وقتی یک تامین کننده شبکه ما را ترک می‌کند.....	55
D4.	ارائه کنندگان خارج از شبکه.....	56
E.	خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS).....	57
F.	خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد).....	58
F1.	خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal ارایه شده در خارج از برنامه درمانی ما.....	58
G.	خدمات حمل و نقل.....	61
G1.	حمل و نقل پزشکی غیراضطراری.....	61



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

A. اطلاعات درباره خدمات و تامین کنندگان

خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلند مدت (LTSS)، لوازم، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه دار و بدون نسخه، وسایل 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** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مطرح شده است. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه دار و بدون نسخه در **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مطرح شده است.



ارائه کنندگان شامل پزشک، پرستار و سایر اشخاصی می‌شوند که مراقبت و خدمات به شما ارائه کرده و از سوی دولت ایالتی مجوز دارند. ارائه کنندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌های 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.

ارائه کنندگان شبکه، ارائه کنندگانی هستند که با برنامه درمانی ما 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 به یک ارائه کننده شبکه مراجعه می‌کنید، 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 در جدول مزایای پزشکی ما در **فصل 4** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا گنجانده شده باشد.
- مراقبت باید از نظر **پزشکی ضروری** باشد. منظور ما از «از نظر پزشکی ضروری»، خدماتی است که برای تشخیص و درمان وضعیت پزشکی شما منطقی و ضروری باشند. 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)** عضو شبکه داشته باشید که مراقبت شما را ارائه و بر آن نظارت کند. به عنوان عضو برنامه درمانی باید یک ارائه کننده شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش D1** این فصل مراجعه کنید).
- در بیشتر موارد، قبل از اینکه بخواهید از ارائه کننده‌ای که PCP شما نیست استفاده کنید یا از سایر ارائه کنندگان 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، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب خواهید کرد. بدین معنی که PCP شما، شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی وی وابستگی دارند. یک گروه پزشکی، انجمنی از پزشکان مراقبت اولیه و متخصصین است که با هدف ارائه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ به شما ایجاد شده است.
- 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 ارجاع از سوی PCP خود نیازی ندارید.



- شما باید خدمات مراقبتی خود را از ارائه کنندگان عضو شبکه دریافت کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش D این فصل مراجعه کنید). معمولاً ما مراقبتی را که توسط یک ارائه دهنده خدمات که با طرح درمانی ما همکاری ندارد انجام شود، تحت پوشش قرار نمی‌دهیم. این بدان معناست که شما باید هزینه خدمات دریافتی را به‌طور کامل به ارائه دهنده خدمات پرداخت کنید. در اینجا مواردی ذکر می‌شود که این قانون اعمال نمی‌شود:

- 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 داشته باشید که طرح ما آن را پوشش می‌دهد و ارائه دهنده شبکه ما قادر به ارائه آن نباشند، می‌توانید خدمات را از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. این کار نیاز به مجوز دارد و مجوز باید قبل از درخواست برای مراقبت از برنامه درمانی دریافت شود. در این شرایط، ما هزینه مراقبت را همانند زمانی که از یک ارائه دهنده داخل شبکه دریافت کرده‌اید یا بدون هیچ هزینه‌ای برای شما، پوشش خواهیم داد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت اجازه برای استفاده از ارائه کننده خارج از شبکه، به بخش D4 این فصل مراجعه کنید.

- 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 موقتاً موجود یا در دسترس نیست.

- 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 بوده اید، غیر از چند استثناء، باید این درخواست را تایید کنیم. به فصل 1 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید. اگر ما درخواست شما را تایید کنیم، شما می‌توانید 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 هزینه مراقبت شما را پوشش نخواهیم داد.

سایر پوشش‌های سلامت: اعضای Medi-Cal باید در صورتی که یک خدمت تحت پوشش بیمه درمانی آن‌ها موجود باشد، پیش از استفاده از Medi-Cal از تمام پوشش‌های درمانی دیگر (other health coverage, OHC) خود استفاده کنند، زیرا Medi-Cal آخرین منبع پرداخت است. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal به‌عنوان پرداخت کننده ثانویه نسبت به سایر پوشش‌های درمانی Medicare، عمل می‌کند و هزینه‌های مجاز پرداخت نشده توسط طرح ما یا سایر پوشش‌های OHC را تا سقف تعرفه Medi-Cal پرداخت خواهند کرد.

اعضای جدید Blue Shield TotalDual Plan: در بیشتر موارد، شما برای دریافت مزایای Medicare خود، در روز اول 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. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield TotalDual Plan دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. لطفاً در صورت وجود هرگونه سوالی، 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 در دسترسی به مزایا و خدمات Medicare و Medi-Cal 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.

C2. شما چگونه 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 چگونه 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، گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب خواهید کرد.

تعریف PCP و کاری که PCP برای شما انجام می‌دهد

PCP شما پزشکی می‌باشد که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی پایه به شما کارآموزی دیده است. PCP می‌تواند یک پزشک خانواده، پزشک عمومی، ارائه کننده طب داخلی، پزشک زنان و زایمان و در صورت درخواست یک متخصص باشد. در صورتی که 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. هنگامیکه **PCP** خود را انتخاب می‌کنید، شما گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. بدین معنی که **PCP**، شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی وی وابستگی دارند.

در بیشتر موارد، شما باید قبل از رفتن نزد سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی یا ویزیت متخصص نزد **PCP** خود بروید تا از وی ارجاع دریافت کنید. زمانی که 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** مورد نظرتان را جستجو کنید؛ یا
- برای دریافت کمک با Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در پایین این صفحه چاپ شده‌اند).

برای فهمیدن آنکه آیا تامین‌کننده مراقبت درمانی که می‌خواهید در دسترس است یا بیمار جدید می‌پذیرد، به فهرست ارائه‌کننده مراقبت درمانی مراجعه کنید که در وبسایت ما موجود است یا با خدمات مشتری تماس بگیرید (شماره تلفن و ساعات کاری در انتهای این صفحه چاپ شده است). 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 ممکن است **PCP** شما شبکه برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر **PCP** شما شبکه ما را ترک کند، می‌توانیم به شما کمک کنیم یک **PCP** جدید را در شبکه برنامه درمانی ما پیدا کنید.



می‌توانید مراحل مذکور در «گزینه‌های PCP شما» را برای تغییر PCP خود دنبال کنید. اطمینان حاصل کنید که با خدمات مشتری تماس می‌گیرید و به آنها اطلاع دهید که PCP خود را تغییر می‌دهید (شماره تلفن و ساعات کاری در انتهای این صفحه چاپ شده است).

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

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

PCPهای برنامه درمانی ما، با گروه‌های پزشکی وابستگی دارند. اگر شما PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه پزشکی را نیز تغییر دهید. زمانی که درخواست تغییر می‌کنید، به خدمات 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 مشتریان به شما کمک خواهد کرد مراقبت تخصصی و سایر خدمات خود را در هنگام تغییر PCP خود ادامه دهید.

خدماتی که می‌توانید بدون تاییدیه PCP خود دریافت کنید

در بیشتر موارد، قبل از استفاده از خدمات سایر ارائه‌کنندگان به تاییدیه PCP خود نیاز دارید. این تاییدیه، معرفی نام دارد. شما می‌توانید خدماتی مانند مواردی که در زیر ذکر شده را بدون کسب اجازه اولیه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از ارائه‌کنندگان عضو شبکه یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
- خدمات تحت پوششی که نیاز به بررسی فوری پزشکی دارند (اما اورژانسی محسوب نمی‌شوند)، در صورتی که شما به‌طور موقت خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا با توجه به زمان، مکان و شرایط، دریافت این خدمت از ارائه‌دهندگان داخل شبکه امکان‌پذیر نباشد، تحت پوشش قرار می‌گیرند. نمونه‌هایی از خدمات نیازمند رسیدگی فوری عبارتند از بیماری‌ها و آسیب‌های غیرمنتظره یا تشدید ناگهانی بیماری‌های موجود. ویزیت‌های عادی ارائه‌دهنده خدمات که از نظر پزشکی ضروری هستند (مانند معاینات سالانه) حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا شبکه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد، جزو موارد فوریتی محسوب نمی‌شوند.
- خدمات دیالیز کلیه که هنگامی که در خارج 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.
- تزریق واکسن آنفلوآنزا و واکسن COVID-19، همچنین واکسن هپاتیت B و واکسن ذات‌الریه، تا زمانی که از یک ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت شوند، تحت پوشش قرار می‌گیرند.
- خدمات مراقبت درمانی عادی زنان و تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه تشخیصی ماموگرافی (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پاپ اسمیر و معاینات لگن خاصره می‌شود تا زمانی که آنها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.

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



D2. دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه کنندگان

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

- انکولوژیست‌هایی که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می‌کنند.
- متخصصین قلب که از بیماران مبتلا به مشکلات قلبی مراقبت می‌کنند.
- متخصصین ارتوپدی که از بیماران مبتلا به مشکلات استخوانی، مفصلی یا عضلانی مراقبت می‌کنند.

هنگامی که به خدمات مراقبت تخصصی یا اضافی نیاز دارید که PCP شما نمی‌تواند ارائه کند، وی شما را ارجاع خواهد داد. زمانیکه این ارجاع مورد تصویب گروه پزشکی PCP شما قرار گرفت، می‌توانید با متخصص یا ارائه کننده دیگر وقت ویزیت بگذارید تا درمان مورد نیاز را دریافت کنید. هنگامیکه درمان یا خدمات 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 غیر اضطراری 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 یا شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.

D3. وقتی یک تامین کننده شبکه ما را ترک می‌کند

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

- حتی اگر ارائه کنندگان داخل شبکه ما در طول سال تغییر کند، ما باید به شما دسترسی بدون وقفه به ارائه کنندگان واجد شرایط را بدهیم.



- ما به شما اطلاع خواهیم داد که ارائه کننده شما در حال ترک برنامه درمانی ما است، تا شما زمان برای انتخاب یک ارائه کننده جدید داشته باشید.
 - اگر ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی یا سلامت رفتاری شما، برنامه درمانی ما را ترک کند، در صورتی که شما در سه سال گذشته به آن ارائه کننده مراجعه کرده باشید، ما به شما اطلاع خواهیم داد.
 - اگر هر یک از سایر ارائه‌دهندگان خدمات شما از طرح ما خارج شوند، در صورتی که شما به آن ارائه‌دهنده اختصاص داده شده باشید، در حال حاضر از او خدمات دریافت کنید، یا در سه ماه گذشته به او مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
- ما به شما کمک خواهیم کرد که یک ارائه کننده درون شبکه واجد شرایط جدید پیدا کنید و به مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود ادامه دهید.
- اگر در حال حاضر تحت درمان پزشکی توسط ارائه دهنده فعلی خود هستید، حق دارید درخواست کنید که درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی شما ادامه یابد. ما با شما همکاری خواهیم کرد تا بتوانید همچنان خدمات درمانی دریافت کنید.
- ما اطلاعاتی را در مورد دوره‌های ثبت نام موجود و گزینه‌هایی که ممکن است برای تغییر برنامه‌های درمانی در اختیار داشته باشید، به شما می‌دهیم.
- اگر ما نتوانیم یک متخصص درون شبکه واجد شرایط را برای دسترسی شما پیدا کنیم، باید ترتیبی دهیم که یک متخصص خارج از شبکه در مواقع عدم دسترسی یا عدم تناسب برای رفع نیازهای پزشکی شما، به شما خدمات مراقبت ارایه کند.
- اگر شما متوجه شوید که یکی از تامین کنندگان شما، برنامه درمانی ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم ارائه کننده جدیدی را برای مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید.
- اگر فکر می‌کنید که ما ارائه کننده قبلی شما را با یک ارائه کننده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا به خوبی مراقبت شما را مدیریت نمی‌کنیم، شما حق دارید یک شکایت در مورد کیفیت مراقبت به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)، یا یک نارضایتی از کیفیت مراقبت یا هر دو را با هم، مطرح کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 9 مراجعه کنید.)

D4. 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. علاوه بر این، برنامه‌های درمانی باید خدمات دیالیز را در زمانی که اعضای ESRD به خارج از منطقه تحت پوشش برنامه درمانی، سفر می‌کنند یا زمانی که ارائه‌کننده خدمات موقتاً در دسترس نیست یا دسترسی به ارائه‌کنندگان خدمات ESRD طرف قرارداد امکان‌پذیر نیست، پوشش دهند. در این موقعیت، شما همان مبلغی را پرداخت خواهید کرد که در صورت دریافت مراقبت از ارائه کننده شبکه پرداخت می‌کردید.

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



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

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. LTSSها ویژه اعضایی هستند که در انجام فعالیت‌های روتین روزمره مثل استحمام، لباس پوشیدن، آماده کردن غذا و مدیریت داروها، نیاز به کمک دارند. اگر شما برای ادامه زندگی به طور مستقل، به کمک نیاز دارید، لطفاً با «همه‌نگ‌کننده مراقبت» یا «خدمات مشتریان» 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 همه‌نگ‌کننده 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 اعتیاد

F. خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)

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

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

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

- خدمات بهداشت روانی
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات درمانی فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران



- خدمات مداوای مسکونی بزرگسالان
 - خدمات مداوای مسکونی در موارد بحرانی
 - خدمات مرکز سلامت روانپزشکی
 - خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
 - مدیریت پرونده هدفمند
 - بازگشت به جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی
 - درمان جامعه‌محور تأکیدی (ACT)
 - درمان جامعه‌محور تأکیدی تخصصی پزشکی قانونی (FACT)
 - مراقبت تخصصی هماهنگ (CSC) برای نخستین دوره روان‌پریشی (FEP)
 - خدمات باشگاه
 - خدمات بهبودیافته کارشناس سلامت جامعه (CHW)
 - اشتغال حمایتی
 - خدمات رفتار درمانی
 - هماهنگی مراقبت‌های ویژه
 - خدمات فشرده برپایه محیط خانه
- خدمات Drug Medi-Cal ارائه شده توسط اداره سلامت روان لس آنجلس کانتی (LACDMH) و اداره بهداشت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH)، و خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی شامل این موارد هستند:
- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
 - 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 حمایتی توسط همکاران
- اگر معیارهای دریافت این خدمات را دارید، خدمات سیستم توزیع ساختارمند Drug Medi-Cal (یا Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)، از طریق اداره سلامت روان لس آنجلس کانتی



(LACDMH) و اداره بهداشت عمومی لس آنجلس کانتی (LACDPH) و خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی در دسترس شما هستند. خدمات DMC-ODS شامل موارد زیر می‌شوند:

- 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
- خدمات درمانی برای بیماران بستری

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 لس آنجلس، جلوگیری و کنترل مصرف مواد (لطفاً با شماره 888-742-7900 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته)
- خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی - خدمات اختلال مصرف مواد (لطفاً با شماره 888-724-7240 (TTY: 711)، 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 ارائه کننده مجاز مربوطه مشخص می‌شود. معیار ضرورت پزشکی توسط هر دوی Blue Shield و TotalDual Plan و کانتی استفاده می‌شود، توسط کارشناسان سلامت رفتاری و ذی نفعان دیگر تهیه شده است و منطبق بر الزامات قانونگذاری است.

فرایند معرفی بین Blue Shield TotalDual Plan و کانتی

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

روال حل و فصل مشکل

اگر بین شما و کانتی یا Blue Shield TotalDual Plan اختلافی وجود دارد، به دریافت مراقبت بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی دارد شامل داروهای نسخه‌دار ادامه خواهید داد تا اینکه مورد اختلاف حل و فصل شود. Blue Shield TotalDual Plan با کانتی در تهیه روال‌های حل و فصل اختلافی همکاری می‌کند که به موقع بوده و بر روی خدماتی که شما نیاز به دریافت دارید اثر منفی ندارند. بسته به اینکه با کدام نهاد اختلاف دارید، می‌توانید از روال تجدیدنظر Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد روند تجدیدنظر، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.

G. خدمات حمل و نقل

G1. حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری

شما در صورتی برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری واجد شرایط خواهید بود که به دلیل نیازهای پزشکی‌تان امکان استفاده از خودرو، اتوبوس یا تاکسی برای رفتن به قرارهای ویزیت را، نداشته باشید. از حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی می‌توان برای خدمات تحت پوشش از قبیل قرارهای ویزیت پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت روانی، سوء مصرف مواد و داروخانه استفاده کرد. اگر پس از استفاده از 48 سفر یک طرفه که به شما ارائه می‌دهیم، همچنان به حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری نیاز داشتید، می‌توانید با ارائه کننده خود صحبت کرده و برای سفرهای اضافی درخواست کنید. تامین کننده شما یا ارائه کننده خدمات حمل و نقل ما، Call The Car، بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین خواهد کرد. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری نیاز دارید، آنها با تکمیل یک فرم و ارسال آن به Blue Shield TotalDual Plan برای تایید، آن را تجویز خواهند کرد. با توجه به نیاز پزشکی شما، این مجوز برای یک سال معتبر خواهد بود. ارائه کننده شما هر 12 ماه یک بار نیاز شما به حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری را برای تایید مجدد ارزیابی خواهد کرد.

حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی شامل یک آمبولانس، ون برانکار، ون صندلی چرخدار یا حمل و نقل هوایی می‌شود. هنگامی که برای رفتن به قرار ویزیت خود به وسیله حمل و نقل نیاز دارید، Blue Shield TotalDual Plan اجازه کم هزینه‌ترین نوع حمل و نقل تحت پوشش و مناسب‌ترین حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری را برای نیاز پزشکی شما، می‌دهد. برای مثال اگر شما از لحاظ جسمانی یا پزشکی بتوانید از ون مخصوص 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 استفاده از هرگونه وسیله حمل و نقل زمینی را غیرممکن کند.

از حمل و نقل غیر اورژانسی پزشکی باید در موارد زیر استفاده شود:

- شما، طبق تایید کتبی ارائه‌دهنده خدماتتان، به دلیل عدم توانایی استفاده از اتوبوس، تاکسی، خودرو یا ون برای رسیدن به وقت ملاقات خود، از نظر جسمی یا پزشکی به آن نیاز داشته باشید.
- شما به واسطه معلولیت جسمانی یا روانی، برای رفت و آمد به منزل، خودرو یا محل مداوای خود، به کمک راننده نیاز دارید.

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



برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشک شما برای **ویزیت‌های معمولی** غیرفوری تجویز کرده است، با **Call the Car** به شماره 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 ساعت و 7 روز هفته، تماس بگیرید. 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. رزرو وقت‌های معمول و غیر فوری باید حداقل 24 ساعت پیش از وقت ملاقات شما انجام 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 وقت ویزیت خالی داشته باشد، پوشش می‌دهد. اگر **Medicare** یا **Medi-Cal** این خدمات 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 راهنما، گنجانده شده است. حمل و نقل خارج از شبکه **Blue Shield TotalDual Plan** یا منطقه خدماتی، تحت پوشش نیست، مگر اینکه از قبل اجازه داده شده باشد.

G2. حمل و نقل غیرپزشکی

مزایای حمل و نقل غیرپزشکی شامل سفر به و از محل قرار ملاقات شما برای سرویسی است که تامین‌کننده شما اجازه داده است. در موارد زیر می‌توانید از حمل و نقل رایگان بهره‌مند شوید که:

- رفت و برگشت به قرار ویزیت برای خدماتی که توسط ارائه‌کننده شما تایید 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 مراجعه به قرارهای خود برای دریافت خدماتی که توسط ارائه‌کننده شما اجازه داده شده است، 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 یا ارسال ایمیل یا به صورت حضوری به ما اطلاع دهید. شما نمی‌توانید برای رانندگی با وسیله شخصی خود هزینه دریافت کنید.

بازپرداخت بر حسب مایل در موارد زیر لازم است:

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

برای درخواست سرویس سفری که برای آن تایید شده‌اید، با **Call The Car** با شماره 1-877-433-2178 (TTY: 711) حداقل بیست و چهار (24) ساعت قبل از قرار ویزیت 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 غیر پزشکی درخواست کنند.

حدود حمل و نقل غیر پزشکی

Blue Shield TotalDual Plan کم‌هزینه‌ترین حمل و نقل غیر پزشکی که نیازهای شما را برای رفتن از منزلتان به نزدیک‌ترین ارائه‌کننده که وقت ویزیت خالی داشته باشد، ارائه می‌کند. شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کرده یا مستقیماً بازپرداخت شوید.

حمل و نقل غیر پزشکی در موارد زیر صدق نمی‌کند:

- آمبولانس، ون بیماربر، ون صندلی چرخدار یا سایر روش‌های حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری که برای دریافت خدمات نیاز باشد.
- شما به دلیل عارضه جسمانی یا روانی، برای رفت و برگشت به منزل، ماشین یا محل مداوا به کمک راننده نیاز داشته باشید.
- شما در صندلی چرخدار باشید و نتوانید بدون دریافت کمک از راننده از ماشین پیاده و به آن سوار شوید.
- این خدمات تحت پوشش Medi-Cal یا Medicare نباشد.

H. خدمات تحت پوشش در موارد اورژانس پزشکی، در صورتی که فوراً نیاز باشند، یا در دوره شرایط مصیبت‌بار

H1. مراقبت در وضعیت اورژانس پزشکی

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

- خطر جدی برای زندگی شما یا کودک متولد نشده شما؛ یا
- از دست دادن یا آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا
- 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 یک بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.
 - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامتی و ایمنی شما یا کودک متولد نشده شما را در معرض خطر قرار دهد.



اگر در وضعیت اورژانس پزشکی هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس گرفته یا از نزدیکترین بخش اورژانس یا بیمارستان استفاده کنید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. شما نیازی به تأیید یا ارجاع از سوی PCP خود ندارید. نیاز نیست که از ارائه کنندگان داخل شبکه استفاده کنید. شما می‌توانید در هر زمان که به آن نیاز داشته باشید، از هر ارائه‌دهنده‌ای که دارای مجوز ایالتی معتبر باشد، مراقبت‌های درمانی اورژانسی تحت پوشش را دریافت کنید؛ چه در هر نقطه از ایالات متحده یا مناطق تحت قلمرو آن باشید و چه در هر جای دیگر جهان، حتی اگر آن ارائه‌دهنده عضو شبکه ما نباشد.
- **هرچه زودتر به 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 بگیرید. البته، اگر در اعلام به ما تأخیر داشته باشید، شما پرداختی بابت موارد اضطراری نخواهید داشت. با اداره خدمات مشتری Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. تلفن خدمات مشتری ما روی کارت عضویت شما هست.

خدمات تحت پوشش در وضعیت اضطراری پزشکی

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.

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

تأمین 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 ارائه کنندگان خارج از شبکه دریافت می‌کنید، ما سعی خواهیم کرد در زودترین زمان ممکن، ارائه کنندگان عضو 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.

البته، 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

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

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

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

برای دریافت فهرست جدید مراکز مراقبت‌های فوری وابسته به گروه پزشکی خود، لطفاً با PCP خود تماس بگیرید. همچنین 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

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

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

اگر زمانی که در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن هستید نیاز به مراقبت‌های فوری دارید، با مرکز خدمات اصلی جهانی Blue Shield با شماره رایگان 810-2583 (800) یا 673-1177 (804)، 24 ساعت در روز، هفت روز در هفته تماس بگیرید. برای موارد اضطراری، مستقیم به نزدیکترین بیمارستان مراجعه کنید. شما باید با شماره خدمات مشتری در پشت کارت شناسایی عضو خود تماس بگیرید. به عنوان بخشی از این سرویس، در رابطه با مراقبت بستری بیمارستانی، شما می‌توانید با مرکز خدمات اصلی جهانی Blue Shield تماس گرفته و درخواست دسترسی بدون پول نقد کنید. اگر شما برای دسترسی بدون پول نقد هماهنگ کنید، شخصاً مسئول هزینه‌های معمول از جیب مثل هزینه‌های موارد غیرتحت پوشش و سهم‌های ثابت بیمه شده 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 مصیبت‌زده 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 خود را در یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید.

ا. اگر برای خدمات تحت پوشش صورتحساب دریافت کردید، چه باید بکنید

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

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

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

برنامه درمانی ما همه خدمات را پوشش می‌دهد:

- که تشخیص داده شده ضروری هستند، و
- که در جدول مزایای برنامه درمانی ما فهرست شده‌اند (به **فصل 4** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* مراجعه کنید)، و
- که آنها را با پیروی از مقررات برنامه درمانی دریافت می‌کنید.

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

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

فصل 9 این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما یک 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

11. 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 تایید شده توسط Medicare معمولاً از داوطلبین برای شرکت در پژوهش درخواست می‌کند. هنگامی که در یک مطالعه پژوهشی بالینی شرکت دارید، می‌توانید همچنان در طرح ما ثبت‌نام باقی بمانید و سایر مراقبت‌های خود (که به مطالعه مربوط نیست) را از طریق طرح ما دریافت کنید.

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

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

اگر می‌خواهید در پژوهش بالینی حضور داشته باشید که تحت پوشش Original Medicare برای ثبت‌نام شدگان است، ما از شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌خواهیم که با مرکز مشتریان تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید 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 تأیید می‌کند، شما بابت خدمات تحت پوشش در مطالعه چیزی پرداخت نمی‌کنید. Medicare بابت خدمات تحت پوشش در این مطالعه و هزینه‌های روتین مرتبط با مراقبت خود پرداخت می‌کند. هنگامی که به پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare می‌پیوندد، شما برای بیشتر خدمات و اقلامی که به‌عنوان 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 در مطالعه‌ای شرکت کنید که Medicare آن را تأیید نکرده باشد، شما باید تمام هزینه‌های مربوط به شرکت در آن مطالعه را پرداخت کنید.

J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقات بالینی

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در یک پژوهش بالینی، می‌توانید عنوان «Medicare و پژوهش‌های تحقیقات بالینی» را در وبسایت Medicare مطالعه کنید (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 2048-486-877-1 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

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

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

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

L. وسایل بادوام پزشکی (DME)

L1. DME به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما

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

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

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



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

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

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

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

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

به عنوان یکی از اعضای برنامه درمانی Blue Shield TotalDual، تا زمانی که DME از نظر پزشکی ضروری باشد و توسط پزشک شما تأیید شود، نیازی به پرداخت هزینه برای DME تحت پوشش نخواهید داشت. معمولاً صرف نظر از تعداد پرداخت‌های شما بابت سهم مشترک بیمه، در زمان عضویت در طرح ما، اقلام DME اجاره‌ای، تحت مالکیت شما قرار نخواهد گرفت، حتی اگر قبل از عضویت در برنامه درمانی ما، تا 12 پرداخت متوالی برای اقلام DME تحت برنامه Original Medicare پرداخت کرده باشید. ما تحت شرایط محدود و خاصی، مالکیت اقلام DME را به شما منتقل خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

توجه: شما می‌توانید تعریف برنامه‌های Original Medicare و MA را در فصل 12 بیابید. همچنین شما می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره آنها در کتابچه «Medicare و شما 2026» بیابید. اگر نسخه‌ای از این دفترچه را در اختیار ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov/medicare-and-you) یا از طریق تماس با شماره 1-800-MEDICARE (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.

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

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



L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان یکی از اعضای برنامه درمانی ما

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

- اجاره تجهیزات اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن
- لوله‌ها و لوازم مربوط به تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن
- نگهداری و تعمیر تجهیزات اکسیژن

زمانی که 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) دیگر، تغییر برنامه 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. Medicare و Medi-Cal این پرداخت‌ها را در صورتی که همچنان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal باشید، پوشش می‌دهند.

اگر تجهیزات اکسیژن بعد از اجاره به مدت 36 ماه توسط شما، از نظر پزشکی ضروری باشد، 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 دیگر 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 یک از خدمات توضیح می‌دهد. همچنین درباره مزایایی می‌گوید که تحت پوشش طرح درمانی ما نیست. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا گنجانده شده‌اند.

اعضای جدید Blue Shield TotalDual Plan: در بیشتر موارد، شما برای دریافت مزایای Medicare خود، در روز اول ماه بعد از درخواست ثبت‌نام خود در Blue Shield TotalDual Plan، در Blue Shield TotalDual Plan ثبت‌نام 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. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield TotalDual Plan دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. لطفاً در صورت وجود هرگونه سوالی، با ما با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.



فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه پرداخت شده از جیب شما	73
B. مقررات علیه تامین کنندگانی که از شما بابت خدمات هزینه دریافت می‌کنند	73
C. درباره جدول مزایای برنامه درمانی ما	73
D. جدول مزایای برنامه درمانی ما	79
E. جدول مزایای دندانپزشکی تحت پوشش	144
F. حمایت‌های جامعه محلی	151
G. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه درمانی ما	152
G1. طرح انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)	153
G2. Medi-Cal Dental	153
G3. خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)	154
G4. 1915(c) برنامه‌های معافیتی خدمات برپایه جامعه و منزل (HCBS)	154
G5. خدمات بهداشت رفتاری کانتی ارائه شده در خارج از برنامه ما (خدمات بهداشت روانی و اختلال مصرف مواد)	157
H. این مزایا تحت پوشش طرح من، Medi-Cal یا Medicare نیست.	160



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. همچنین می‌توانید درباره خدماتی که تحت پوشش نیستند، اطلاعات کسب کنید. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در **فصل 5** این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* موجود است. این فصل محدودیت‌های برخی از خدمات را نیز توصیف می‌کند.

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

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

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

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

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

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

C. درباره جدول مزایای برنامه درمانی ما

جدول مزایا درباره خدماتی که شما می‌گویید که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد. خدمات تحت پوشش به ترتیب حروف الفبا در این جدول فهرست و توضیح داده شده است.

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

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را براساس مقررات وضع شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌کنیم.
- این خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و اعتیاد، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، وسایل و داروها است که باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. ضرورت پزشکی، خدمات، لوازم یا داروهایی را 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 مرکز پرستاری جلوگیری می‌کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده پزشکی را برآورده می‌کنند. یک

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



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

- برای اعضای جدید، در 90 روز نخست ممکن است نیازی به دریافت تأییدیه قبلی برای هر دوره درمان فعال نداشته باشید، حتی اگر این دوره درمانی برای خدمتی باشد که با یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه آغاز شده است.
- شما می‌توانید از ارائه‌کننده شبکه مراقبت دریافت کنید. ارائه‌کننده شبکه با ما همکاری دارد. در بیشتر موارد، مراقبتی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نخواهد گرفت مگر این‌که مراقبت اضطراری یا فوریتی باشد، یا طرح درمانی شما یا یک ارائه‌دهنده داخل شبکه به شما معرفی‌نامه داده باشد. **فصل 3** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا اطلاعات بیشتری درباره استفاده از ارائه‌دهندگان داخل و خارج از شبکه دارد.
- شما یک پزشک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) یا یک تیم درمانی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، پزشک مراقبت اولیه شما باید پیش از این‌که بتوانید از یک ارائه‌دهنده‌ای که PCP شما نیست استفاده کنید یا به سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما مراجعه کنید، به شما تأییدیه بدهد. این کار ارجاع یا معرفی نام دارد. **فصل 3** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا اطلاعات بیشتری درباره دریافت معرفی‌نامه و مواردی که نیاز به آن ندارید، ارائه می‌دهد.
- ما برخی از خدماتی که در «جدول مزایا» ذکر شده‌اند را تنها زمانی پوشش می‌دهیم که پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان شبکه، ابتدا از ما اجازه بگیرد. این کار اجازه قبلی (PA) نام دارد. ما خدمات تحت پوشش در جدول مزایا که نیاز به PA دارند را به صورت ایتالیک علامت گذاشتیم.
- اگر برنامه درمانی شما درخواست PA برای یک دوره درمان را تایید 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 ارائه‌دهنده 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 کانتی یا گزینه‌های مراقبت درمانی خود تماس بگیرید. شما می‌توانید مزایای Medicare خود را حفظ کنید، اما نمی‌توانید مزایای Medi-Cal خود را حفظ نمایید.

اطلاعات مهم درباره مزایا برای اعضای دارای برخی بیماری‌های مزمن.

- اگر هر یک از بیماری‌های مزمن زیر را داشته باشید و معیارهای پزشکی خاصی را برآورده کنید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» باشید. مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی»، بخشی از «مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» (SSBCI) است. همه اعضای برنامه واجد شرایط نخواهند بود. واجد شرایط بودن بستگی به این دارد که شرایط مربوط به تعریف «عضو مبتلا به بیماری مزمن» را داشته باشید و حداقل یکی از بیماری‌های مزمن واجد شرایط طرح را داشته باشید:
- اختلال مصرف مزمن الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs)
- اختلالات خودایمنی:



- پلاریت ندوسا
- پلی میالژی روماتیسمی
- پلی میوزیت
- درماتومیوزیت
- رماتیسم مفاصل
- لوپوس اریتماتوز سیستمیک
- آرتروز پسوریازیس
- اسکروودرما
- سرطان
- اختلالات قلب و عروق:
 - آریتمی قلبی
 - بیماری عروق کرونر
 - بیماری عروق محیطی
 - بیماری دریچه‌ای قلب
- نارسایی قلبی مزمن
- زوال عقل
- دیابت شیرین
- اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک
- بیماری مزمن دستگاه گوارش:
 - بیماری مزمن کبد
 - بیماری کبد چرب غیر الکلی (NAFLD)
 - هپاتیت B
 - هپاتیت C
 - التهاب پانکراس
 - سندرم روده تحریک پذیر
 - بیماری التهابی روده
- بیماری مزمن کلیه (CKD):
 - بیماری مزمن کلیه (CKD) نیازمند دیالیز / بیماری کلیوی مرحله پایانی (ESRD)
 - CKD بدون نیاز به دیالیز
- اختلالات هماتولوژیک شدید:



- کم‌خونی آپلاستیک
- هموفیلی
- پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی
- سندرم میلودیسپلاستیک
- بیماری سلول داسی شکل (به استثنای افراد دارای صفت سلول داسی)
- اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن
- HIV/ایدز
- اختلالات ریوی مزمن:
 - آسم، برونشیت مزمن
 - فیبروز کیستی
 - آمفیزم
 - فیبروز ریوی
 - پرفشاری خون ریوی
 - بیماری انسداد مزمن ریه (COPD)
- بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان:
 - اختلالات دوقطبی
 - اختلالات افسردگی عمده
 - اختلال بدبینی مفرط (پارانویا)
 - اسکیزوفرنی
 - اختلال اسکیزوافکتیو
 - اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
 - اختلالات غذا خوردن
 - اختلالات اضطرابی
- اختلالات عصبی:
 - اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)
 - صرع
 - فلج گسترده (از جمله همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)
 - بیماری هانتینگتون
 - فلج چندگانه
 - بیماری پارکینسون
 - پلی نوروپاتی



- فیبرومیالژیا
- سندرم خستگی مزمن
- آسیب‌های طناب نخاعی
- تنگی کانال نخاعی
- نارسایی نورولوژی مرتبط با سکته
- سکته
- مراقبت پس از پیوند عضو
- اختلالات نقص ایمنی و سرکوب کننده سیستم ایمنی
- بیماری‌های مرتبط با اختلال شناختی:
 - بیماری آلزایمر
 - ناتوانی‌های ذهنی و ناتوانی‌های رشدی
 - آسیب‌های ناشی از ضربه مغزی
 - بیماری روانی ناتوان‌کننده همراه با اختلال شناختی
 - اختلال شناختی خفیف
- شرایط مرتبط با چالش‌های عملکردی و نیاز به خدمات مشابه از جمله موارد زیر:
 - آسیب‌های طناب نخاعی
 - فلج
 - قطع عضو
 - سکته
 - آرتروز
- بیماری‌های مزمنی که منجر به اختلال بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی می‌شوند
- شرایطی که نیازمند ادامه خدمات درمانی هستند تا فرد بتواند عملکرد طبیعی خود را حفظ یا بازیابی کند
 - این طرح با استفاده از اطلاعات ارائه‌شده توسط پزشک شما، یا از طریق تماس با پزشک جهت دریافت بیانیه‌ای امضا شده درباره بیماری مزمن واجد شرایطتان، تعیین خواهد کرد که آیا شما واجد شرایط دریافت مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» هستید یا خیر.
 - **+Healthy Benefits** یک کارت پرداخت مخارج است که اجازه می‌دهد مزایای شما از قبل روی کارت بارگذاری شوند تا به پرداخت هزینه اقلام و خدمات تحت پوشش کمک شود. هنگامی که واجد شرایط شناخته شوید، یک نامه از مدیر مزایا به همراه کارت مزایای شخصی‌شده خود دریافت خواهید کرد. این نامه به شما اطلاع خواهد داد که کارت شما با مبلغ کمک هزینه 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.
 - برای سؤالات مربوط به این مزایا، می‌توانید با مدیر مزایا به شماره [TTY: 771] 572-6341 (855)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت پاسیفیک، روزهای یکشنبه تا شنبه، از 1 اکتبر تا 31 مارس، و روزهای



دوشنبه تا جمعه، از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، تماس بگیرید. همچنین می توانید برای جزئیات بیشتر به وب سایت HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA مراجعه کنید.

- برای اطلاعات بیشتر به ردیف «کمک به شرایط مزمن خاص» در جدول مزایا مراجعه کنید.
- برای اطلاعات بیشتر با ما تماس بگیرید.

همه خدمات پیشگیری از بیماری رایگان هستند. این سیب 🍏 خدمات پیشگیری از بیماری را در جدول مزایا نشان می دهد.



D. جدول مزایای برنامه درمانی ما

مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در مدت اقامت بستری فاقد پوشش اگر تمام مزایای بستری خود را استفاده کرده باشید یا اگر بستری شما منطقی و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه بستری شما را پرداخت نمی‌کنیم. البته، در بعضی موقعیت‌ها وقتی مراقبت بستری تحت پوشش نیست، ممکن است ما بابت خدمات دریافتی شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری هزینه پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • خدمات پزشک • آزمایشات تشخیص، از قبیل تست‌های آزمایشگاهی • پرتونگاری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین • پانسمان جراحی • آتل، گچ و سایر وسائل استفاده شده برای شکستگی‌ها و در رفتگی‌ها • 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: ○ 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، و پا، بازو و چشم مصنوعی. این خدمات شامل تنظیم، تعمیر و تعویض ضروری به واسطه شکستگی، فرسودگی، از بین رفتن یا تغییر در وضعیت شما می‌شود. • ورزش درمانی، گفتار درمانی و کاردرمانی <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	اقلام بدون نسخه (OTC)* شما واجد شرایط یک کمک هزینه فوق العاده \$120 بابت داروهای OTC مندرج در کاتالوگ OTC هستید مواردی مانند آسپرین، ویتامین‌ها، داروهای سرماخوردگی و سرفه، و بانداژ تحت این مزیت پوشش داده می‌شوند. اقلامی مثل لوازم آرایشی و مکمل‌های غذایی تحت این مزیت، پوشش ندارند. 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 PST، 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. این مزایا در اولین روز هر فصل قابل اجرا می‌شود. شما در هر فصل می‌توانید دو سفارش بدهید و نمی‌توانید فوق العاده خود را به فصل بعد منتقل کنید. برخی محدودیت‌ها اعمال می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر، به کاتالوگ اقلام OTC مراجعه کنید. *خدمات برای حداکثر پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.
\$0	اندازه گیری توده استخوان  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. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یکبار یا اگر ضرورت پزشکی داشته باشد به دفعات بیشتر، پرداخت می‌کنیم. ما هزینه پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز پرداخت می‌کنیم.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	آزمایشات تشخیص و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات ضروری از نظر پزشکی که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • عکسبرداری با اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی از قبیل پانسمان • آتل، گچ و سایر وسائل استفاده شده برای شکستگی‌ها و در رفتگی‌ها • تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره سازی و توزیع • آزمایش‌های تشخیصی غیرآزمایشگاهی مانند سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، نوار قلب (EKG) و اسکن PET زمانی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای درمان یک وضعیت پزشکی آن‌ها را تجویز کنند. • سایر آزمایشات تشخیصی بیماران سرپایی <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i>
\$0	آزمایشات غربالگری بیماری قلب و عروق (بیماری قلبی) ما هزینه آزمایشات خون برای کنترل بیماری قلب و عروق را هر پنج سال یکبار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسائی‌های مربوط به افزایش خطر بیماری قلبی را نیز بررسی می‌کنند.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	آموزش، خدمات و لوازم برای خود-مدیریتی دیابت ما هزینه خدمات زیر را برای همه اشخاص مبتلا به مرض قند پرداخت می‌کنیم (صرفنظر از آنکه از انسولین استفاده کنند یا نکنند): • لوازم کنترل و نظارت بر قند خون شامل موارد زیر: ○ دستگاه کنترل و نظارت بر قند خون ○ نوارهای آزمایش قند خون ○ قلم سوزن‌زن (لنست) و سوزن‌های آن ○ محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل قند • برای اشخاص مبتلا به بیماری قند که به نوع شدید پای دیابتی مبتلا هستند، هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنیم: این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد
	آموزش، خدمات و لوازم برای خود-مدیریتی دیابت (ادامه)  ○ یک جفت کفش طبی با قالب سفارشی (شامل کفی‌های کفش)، شامل دو بار امتحان کردن و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، یا ○ یک جفت کفش عمق‌دار، شامل دو بار امتحان کردن و سه جفت کفی کفش در سال (شامل کفی‌های غیرسفارشی قابل برداشتن که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند، نیست) • در بعضی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک به کنترل بیماری قند شما را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. تولیدکننده ترجیحی برای نوارهای آزمایش و دستگاه کنترل قند خون، Abbot است. نوارهای آزمایش FreeStyle® (تولید Abbott) و دستگاه‌های کنترل قند خون نیاز به دریافت تاییدیه قبلی (که گاهی «مجوز قبلی» هم نامیده می‌شود) توسط پزشک شما از برنامه درمانی ندارند. نوارهای آزمایش قند و دستگاه‌های کنترل قند خون سایر تولیدکنندگان نیاز به دریافت تاییدیه قبلی (که گاهی «مجوز قبلی» هم نامیده می‌شود) توسط پزشک شما از برنامه درمانی دارند. سنسور ها/گیرنده‌های نظارت مداوم بر قند خون، نیاز به اخذ مجوز قبلی خواهند داشت. <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare طرح ما هزینه خدمات MDPP را برای افراد واجد شرایط پرداخت می‌کند. MDPP با هدف کمک به شما در افزایش رفتار سالم طراحی شده است. آن آموزش عملی در موارد زیر ارائه می‌کند: • تغییر رژیم بلندمدت، و • افزایش فعالیت فیزیکی، و • روش‌های حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی* ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض سلامت خاصی تمرکز دارند. شامل موارد زیر: • کلاس‌های آموزش بهداشت؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و تنباکو؛ و • خط تلفن ویژه پرستاری برنامه‌هایی برای کمک به شما در حفظ سلامت. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • مطالب آموزش سلامت به صورت نوشتاری، از جمله خبرنامه • برنامه‌های آموزشی برنامه‌های آموزشی که بر روی بیماری‌ها تمرکز دارند مانند: • فشار خون بالا • کلسترول • آسم • رژیم ویژه برنامه‌های آموزشی که با هدف تقویت سلامت و سبک زندگی شما طراحی شده‌اند، شامل: • مدیریت وزن • تناسب اندام • مدیریت استرس NurseHelp 24/7 گفتگوی محرمانه آنلاین به صورت تک-به-تک با پرستار رسمی، 24 ساعت شبانه 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. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی* (ادامه) تناسب اندام SilverSneakers® شما مشمول مزایای تناسب اندام از طریق SilverSneakers هستید که شامل موارد زیر می‌شود: • یک شبکه سراسری از باشگاه‌ها و مکان‌های اجتماعی شرکت‌کننده که دارای کلاس‌های گروهی تناسب اندام و امکانات در مکان‌های منتخب هستند – می‌توانید در هر تعداد مکان که مایلید ثبت‌نام کنید. • کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی آنلاین به صورت زنده از طریق SilverSneakers LIVE™، در 7 روز هفته، صبح، بعدازظهر و عصر. • تمرینات آنلاین درخواستی، ویدئوهای برنامه‌های سلامت و تندرستی از طریق SilverSneakers On-Demand™، به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته. • دسترسی به برنامه‌های تناسب اندام، ردیابی فعالیت‌ها و شناسه عضویت از طریق اپلیکیشن موبایلی SilverSneakers GO™، به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته. • ارتباط اجتماعی و پشتیبانی از سلامت و تندرستی به صورت حضوری و مجازی از طریق SilverSneakers Community و Burnalong®. برای شروع استفاده از این مزایا، شناسه SilverSneakers، مکان‌های تناسب اندام و کلاس‌ها را در silversneakers.com پیدا کنید. اگر سؤال دیگری در مورد مزایای خود دارید، با شماره [TTY: 711] 1-888-423-4632، دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر به وقت شرقی تماس بگیرید. وقتی به مکان تناسب اندام شرکت‌کننده موردنظر خود می‌روید، کارکنان با استفاده از شناسه SilverSneakers شما، ثبت‌نامتان را در سیستم انجام خواهند داد. همچنین می‌توانید درخواست بازدید از مکان را داشته باشید تا همه امکانات و محل کلاس‌ها را مشاهده کنید. کیت‌های ورزشی خانگی برای اعضای که می‌خواهند تمرینات خود را در خانه آغاز کنند یا برای افرادی که به دلیل آسیب، بیماری یا خانه‌نشینی نمی‌توانند به مکان ورزشی مراجعه کنند، ارائه می‌شود. همیشه قبل از شروع برنامه تمرینی با پزشک خود صحبت کنید. *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 پیشگیری پیش از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از HIV اگر HIV ندارید، اما پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تشخیص دهند که شما در معرض خطر بالای ابتلا به HIV هستید، ما دارو و خدمات مرتبط با پیشگیری پیش از مواجهه (PrEP) را پوشش می‌دهیم. اگر واجد شرایط باشید، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است: • داروی خوراکی یا تزریقی PrEP مورد تأیید سازمان FDA. اگر داروی تزریقی دریافت می‌کنید، هزینه تزریق دارو نیز پوشش داده می‌شود. • حداکثر 8 جلسه مشاوره فردی در هر 12 ماه (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پایبندی به مصرف دارو). • حداکثر 8 آزمایش غربالگری HIV در هر 12 ماه. • یکبار غربالگری ویروس هپاتیت B.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	تجهیزات با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه برای تعریف «تجهیزات بادوام پزشکی (DME)» به فصل 12 این دفترچه اطلاعاتی/عضوا مراجعه کنید. اقدام زیر را تحت پوشش قرار می‌دهیم: • صندلی چرخدار، شامل صندلی چرخدار برقی • چوب زیر بغل • سیستم‌های تشک برقی • پد فشار خشک ویژه تشک • لوازم بیماری قند • تخت‌های بیمارستانی که توسط تامین کننده برای استفاده در منزل سفارش داده شده‌اند • پمپ تزریق درون رگی (IV) و پایه سرم • دستگاه‌های تولید گفتار • تجهیزات و وسایل اکسیژن • نیولایزر (افشانه پراکن) • واکر • عصای استاندارد یا عصای چهارپایه و لوازم جایگزینی • کشش گردن (آویز به در) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت دیالیز سایر اقدام ممکن است تحت پوشش باشند. ما هزینه تمام DME‌های دارای ضرورت پزشکی که معمولاً Medicare و Medi-Cal بابت آنها هزینه پرداخت می‌کنند 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. ممکن است اجازه قبلی لازم باشد و این مسئولیت بر عهده ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 بابت هر تحویل غذا در منزل تحت پوشش	تحویل غذا در منزل* پس از ترخیص از بیمارستان بستری یا مرکز خدمات پرستاری ماهر، ما موارد زیر را تحت پوشش قرار می‌دهیم: • 22 وعده غذایی و 10 میان وعده به ازای هر ترخیص • وعده‌های غذایی و تنقلات در صورت نیاز حداکثر در دو نوبت جداگانه تحویل داده خواهند شد. • پوشش محدود به دو ترخیص در سال است برای اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره‌های تلفن در پشت جلد این سند درج شده است). *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.
\$0	ترک مصرف سیگار و تنباکو  مشاوره برای ترک سیگار و مصرف تنباکو برای بیماران سرپایی و بستری در بیمارستان که شرایط زیر را داشته باشند تحت پوشش است: • از تنباکو استفاده کنند، بدون توجه به این‌که علائم یا نشانه‌های بیماری مرتبط با تنباکو را دارند یا خیر. • در طول مشاوره هشدار و آگاه باشند. • مشاوره توسط یک پزشک واجد شرایط یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی مورد تایید Medicare انجام شود. ما دو تلاش برای ترک در هر سال را پوشش می‌دهیم (هر تلاش می‌تواند شامل حداکثر چهار جلسه متوسط یا فشرده باشد، با مجموع حداکثر هشت جلسه در سال).



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 بابت هر ویزیت به یک مرکز جراحی سیار یا مرکز بیماران سرپایی.	جراحی سرپایی ما هزینه جراحی و خدمات بیماران سرپایی را در مراکز بیماران سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی پرداخت می‌کنیم. توجه: اگر قصد انجام عمل جراحی در یک مرکز بیمارستانی دارید، باید با ارائه‌دهنده خود بررسی کنید که آیا به‌عنوان بیمار بستری یا بیمار سرپایی پذیرش خواهید شد. جز در مواردی که ارائه‌دهنده دستور پذیرش شما را به‌عنوان بیمار بستری صادر کند، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر، شب در بیمارستان بمانید، ممکن است هنوز بیمار «سرپایی» محسوب شوید. <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری* این مزیت شامل حمل و نقل پزشکی برای خدمات تحت پوشش برنامه شما و Medicare می‌شود. این خدمات می‌تواند شامل موارد زیر باشد: آمبولانس، ون برانکار، خدمات حمل و نقل پزشکی ون صندلی چرخدار و هماهنگ سازی ترانزیت پیراپزشکی. حداکثر 48 سفر یک‌طرفه در سال برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری و حمل و نقل غیر پزشکی به مکان‌های مرتبط با مسائل سلامت که توسط برنامه تأیید شده‌اند. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد. Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 48 سفر یک طرفه پوشش می‌دهد. زمانی این نوع حمل و نقل اجازه داده می‌شود که: • ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما تشخیص دهد که شرایط پزشکی و/یا جسمی شما اجازه سفر با اتوبوس، خودروی سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی یا خصوصی را نمی‌دهد، و • با توجه به خدمات، ممکن است نیاز به دریافت مجوز قبلی باشد. 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) در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، تماس بگیرند. 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. *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	حمل و نقل: حمل و نقل غیر پزشکی* این مزیت اجازه حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافربری، تاکسی یا سایر وسائل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد. حمل و نقل برای دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز تحت پوشش Medi-Cal، شامل رفت و آمد برای قرار ملاقات‌های دندانپزشکی و دریافت داروها. حمل و نقل برای خدماتی که هم تحت Medi-Cal و هم تحت Medicare پوشش دارند. حداکثر 48 سفر یک‌طرفه در سال برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری و حمل و نقل غیر پزشکی به مکان‌های مرتبط با مسائل سلامت که توسط برنامه تأیید شده‌اند. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد. Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 48 سفر یک طرفه پوشش می‌دهد. 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) در 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته، تماس بگیرند. هماهنگی برای حمل و نقل باید حداقل از 24 ساعت قبل انجام شود. Call The Car یک برنامه مخصوص تلفن همراه (CTC-Go) ارائه می‌دهد که اعضای Blue Shield TotalDual Plan می‌توانند برای هماهنگ کردن سفرهای درمانی از آن استفاده کنند. CTC-Go به شما این امکان را می‌دهد که رزروهای آینده یا گذشته را بررسی کنید، به سفر خود امتیاز دهید، راننده خود را ردیابی کنید، رزرو فعلی را لغو کنید و یک رزرو جدید را برنامه‌ریزی کنید. CTC-Go برای گوشی‌های iOS و Android در دسترس است. برنامه "CTC-Go" را در فروشگاه برنامه (اپ استور) گوشی خود جستجو کرده و آن را دانلود کنید. *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 بابت هر ویزیت انفرادی یا گروهی	خدمات اختلال مصرف مواد مخدر به صورت سرپایی ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • معاینه تشخیص و مشاوره سوء مصرف الکل • مداوای سوء مصرف 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 • درمان با داروی Naltrexone به صورت پیوسته رهش (vivitrol) اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.
\$0	خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه برای وضعیت اضطراری یا غیر اضطراری، شامل زمینی و هوایی است (هواپیما و هلیکوپتر). آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد. عارضه شما باید به قدری جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا زندگی شما خطرناک باشد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اضطراری) باید توسط ما تایید شود. در مواردی که اورژانسی نیستند، ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات برنامه درمان مصرف مواد مخدر (OTP) طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد مخدر (OUD) از طریق یک برنامه درمان مصرف مواد مخدر (OTP) که شامل خدمات زیر است، پرداخت می‌کند: • ارزیابی‌های تعیین میزان مصرف • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای مورد تایید FDA، در صورت اقتضا، مدیریت و دادن این داروها به شما • مشاوره مصرف مواد • درمان فردی یا گروهی • آزمایش داروها یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سموم)
\$0	خدمات بستری در بیمارستان روانی ما هزینه خدمات مراقبت بهداشت روانی که نیاز به اقامت در بیمارستان دارند را پرداخت می‌کنیم. • اگر به خدمات بیماران بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل 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. ○ محدودیت 190 روزه شامل خدمات بستری سلامت روان که در بخش روان‌پزشکی یک بیمارستان عمومی ارائه می‌شود، نمی‌گردد. • اگر 65 سال یا بیشتر سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در موسسه بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت می‌کنیم. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات بستری شدن نسبی و خدمات ویژه بیماران سرپایی بستری شدن ناکامل یک برنامه ساختاریافته مداوای روانپزشکی فعال است. این خدمت به عنوان خدمات بیمارستانی سرپایی یا توسط یک مرکز سلامت روان گروه ارائه می شود که از نظر شدت مراقبت، فراتر از خدماتی است که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT) یا مشاور حرفه ای دارای مجوز دریافت می کنید. این برنامه می تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید. خدمات فشرده بیماران سرپایی، یک برنامه ساختارمند درمان سلامت رفتاری (روان) است که به صورت خدمات سرپایی بیمارستانی، یک مرکز سلامت روان محلی، یک مرکز سلامت مورد تایید فدرال یا یک درمانگاه بهداشتی روستائی ارائه می شود که نسبت به مراقبت ارائه شده در مطب پزشک، درمانگر، LMFT، یا مشاور تخصصی مجاز فشرده تر است اما نسبت به بستری مقطعی، فشردگی کمتری دارد. توجه: چون هیچ مرکز سلامت روان محلی در شبکه ما وجود ندارد، ما بستری ناکامل را فقط به عنوان خدمات بیمارستانی سرپایی پوشش می دهیم. <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا مداوای بیماری یا جراحی دریافت می‌کنید را می‌پردازیم، مثل: • Services in an emergency department or outpatient clinic, such as outpatient surgery or observation services ○ 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 صورتیکه پزشک تأیید کند که مداوا به صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود. • صورتحساب بیمارستان برای پرتوپردازی 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 <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات پزشک/ارائه کننده شامل ویزیت های مطب پزشک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل هایی از این قبیل ارائه می شوند: • 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 مراقبت های درمانی اصلی شما ارائه می شوند، در صورتیکه پزشک شما آن را برای ارزیابی نیاز به مداوا، تجویز کرده باشد • بعضی خدمات تله هلث، شامل خدمات پزشک برای درمان وضعیت های غیراضطراری مثل علائم سرماخوردگی یا آنفولانزا، آلرژی، برونشیت، عفونت تنفسی، مشکلات سینوس، جوش، عفونت چشم، میگرن و غیره. ○ شما امکان دریافت این خدمات از طریق ویزیت حضوری یا تله هلث را دارید. اگر شما تصمیم به دریافت یکی از این خدمات از طریق تله هلث بگیرید، باید از یکی از ارائه کنندگان داخل شبکه استفاده کنید که از طریق تله هلث خدمات ارائه می دهد. ○ برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش «خدمات تکمیلی تله هلث» در «جدول مزایا» مراجعه کنید. • خدمات بهداشت از راه دور ویژه ویزیت های 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 این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	خدمات پزشک/ارائه کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک (ادامه) • 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 یکبار ضمن دریافت این خدمات بهداشت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید ○ استثناهایی در مواقع خاص می‌توان برای موارد فوق قائل شد • خدمات بهداشت از راه دور ویژه ویزیت‌های سلامت روان توسط درمانگاه‌های بهداشت روستائی و مراکز سلامت مورد تایید فدرال. • بررسی مجازی (برای مثال، تلفنی یا گفتگوی ویدئویی) با پزشک شما به مدت 5-10، اگر ○ 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: ○ 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 این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	خدمات پزشک/ارائه کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک (ادامه) • مراقبت دندانپزشکی غیرمتداول خدمات تحت پوشش به موارد زیر محدود می‌شوند: ○ جراحی فک یا ساختارهای مربوطه ○ جا انداختن شکستگی فک یا استخوان‌های صورت ○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدمات تحت پوشش در صورتیکه توسط پزشک ارائه شوند <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>
\$0	خدمات پزشکی مربوط به پا ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • 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* (تحت پوشش غیر Medicare): ○ بریدن و برداشتن میخچه و پینه ○ نظافت، بریدن، کوتاه کردن یا کندن ناخن *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.
\$0	خدمات پیشگیری از آسم 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.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات تکمیلی تله هلت* Teladoc Health خدمات مشاوره پزشکی را به صورت تلفنی یا ویدئویی به صورت 24 ساعته، 7 روز هفته و 365 روز سال ارائه می دهد. پزشکان Teladoc Health می توانند بیماری های پزشکی پایه را تشخیص داده و درمان کنند و همچنین می توانند داروهای خاصی را تجویز کنند. Teladoc Health یک سرویس تکمیلی است که هدف آن جایگزینی ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی شما نیست. لطفاً وارد blueshieldca.com/teladochealth یا برنامه Blue Shield of California شوید و درخواست یک وقت ویزیت کنید. اگر سوالی دارید، می توانید با Teladoc Health از طریق شماره [TTY: 711] (1-800-835-2362)، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز سال، تماس بگیرید. *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می‌دهد تا هر ارائه‌کننده‌ای - چه ارائه‌کننده داخل شبکه یا خارج از شبکه - را برای خدمات تنظیم خانواده خاصی انتخاب کنید. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • معاینه تنظیم خانواده و مداوای پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایش‌های تشخیصی • روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD)، کاشت، تزریق، قرص‌های کنترل بارداری، پیچ، یا حلقه • لوازم تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • خدمات باروری محدود مانند مشاوره و آموزش در مورد تکنیک‌های آگاهی از باروری، و/یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، انجام آزمایش و درمان برای عفونت‌های انتقال یافته از راه جنسی (STIها) • مشاوره و آزمایش HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV. • پیشگیری از بارداری دائمی (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده، شما باید 21 سال به بالا باشید). شما باید یک فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را حداقل 30 روز، ولی کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضا کنید. • مشاوره ژنتیک ما هزینه برخی خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. ولی شما باید از ارائه‌کننده‌ای در شبکه ارائه‌کنندگان ما برای خدمات زیر استفاده کنید: • درمان عوارض پزشکی ناباروری (این خدمت شامل روش‌های مصنوعی برای باردار شدن نمی‌شود). • مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV • آزمایش ژنتیک



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات توانبخشی بیماران سرپایی ما هزینه ورزش درمانی، کاردرمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کنیم. شما می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.
\$0	خدمات توانبخشی ریوی ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضای پرداخت می‌کنیم که مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) ملایم تا بسیار شدید هستند. شما باید یک ارجاع برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه‌کننده معالجه COPD داشته باشید. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.
\$0	خدمات توانبخشی قلبی ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی را برای اموری از قبیل ورزش، آموزش و مشاوره پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایط خاصی را داشته و ارجاع پزشک داشته باشند. ما همچنین هزینه برنامه‌های توانبخشی قلبی ویژه را پوشش می‌دهیم که از برنامه‌های توانبخشی قلبی پرتنش‌تر است. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه‌کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 بابت خدمات دندانپزشکی تحت پوشش Medicare	خدمات دندانپزشکی ما بابت برخی خدمات دندانپزشکی مشخص شامل (ولی نه محدود به این موارد)، جرم گیری، پرکردن و دندان مصنوعی، هزینه پرداخت می‌کنیم. مواردی که تحت پوشش ما نیست، از طریق Medi-Cal Dental ارائه می‌شود که در بخش G2 در ادامه توضیح داده شده است. ما بابت بعضی خدمات دندانپزشکی در مواردی پرداخت می‌کنیم که آن خدمات بخش اساسی یک درمان خاص مرتبط با وضعیت پزشکی اولیه فرد است. نمونه‌های آن شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب، کشیدن دندان در آماده‌سازی برای درمان پرتودرمانی سرطان درگیرکننده فک، یا معاینات دهان پیش از پیوند عضو می‌باشد. علاوه بر این، ما برخی از خدمات جامع دندانپزشکی را پوشش می‌دهیم*. جدول مزایای دندانپزشکی (که در این فصل بعد از «جدول مزایا» قرار دارد) روال‌های خاص دندانپزشکی تحت پوشش این مزایا را نشان می‌دهد. این روال‌های درمانی در صورت ارائه شدن توسط یک دندانپزشک دارای مجوز درون شبکه، و در صورتی که طبق استانداردهای پذیرفته شده عمومی تخصص دندانپزشکی، لازم و مرسوم باشد، جزو مزایای تحت پوشش هستند. اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به خدمات تحت پوشش، بعد از «جدول مزایای دندانپزشکی» قرار دارد. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	خدمات دندانپزشکی (ادامه) ممکن است همه خدمات تحت پوشش برای همه مناسب نباشند. شما باید برای تعیین مراقبت مناسب خود، به شبکه دندانپزشک خود تکیه کنید. محدودیت‌های مزایا، مجوز قبلی و یا ارجاع ممکن است برای برخی از خدمات دندانپزشکی اعمال شود. * خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود. بعضی خدمات دندانپزشکی خاص از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند. اطلاعات بیشتر در وبسایت SmileCalifornia.org موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدماتی مانند موارد زیر است اما محدود به آنها نمی‌شود: • معاینات اولیه، تصویربرداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری و فلوراید درمانی • ترمیم و روکش • مداوای کانال ریشه • دندان مصنوعی پارسیل و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در Medi-Cal Dental، یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را بپذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental برای کمک به شما از ساعت 8:00am تا 5:00pm، دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از وبسایت smilecalifornia.org/ بازدید کنید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات شنوایی ما هزینه انجام آزمایشات شنوایی و تعادل بدن توسط ارائه کننده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به مداوای پزشکی نیاز دارید یا نه. هنگامی که این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، آنها تحت پوشش مراقبت‌های سرپایی می‌باشند. • معاینات تشخیصی ارزیابی شنوایی و تعادل، توسط PCP شما برای تعیین اینکه آیا شما نیاز به درمان پزشکی دارید یا نه، اگر توسط یک پزشک، شنوایی‌سنج، یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط انجام شوند، به عنوان مراقبت‌های سرپایی تحت پوشش هستند. • خدمات شنوایی که علاوه بر خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal دریافت می‌کنید (تحت پوشش غیر Medicare)* شما یک کمک هزینه سالانه \$1,500 برای موارد زیر دارید: ○ یک معاینه شنوایی عادی (تحت پوشش غیر Medicare) ○ حداکثر تا دو سمعک و دو جلسه تنظیم و ارزیابی سمعک (برای هر دو گوش مجموعاً) تحت پوشش قرار می‌گیرد. ○ شما می‌توانید این خدمات را از تامین‌کننده سمعک انتخابی خودتان دریافت کنید. ○ این کمک هزینه را نمی‌توان از یک سال به سال دیگر منتقل کرد. مبالغ کمک هزینه برای خدمات شنوایی تحت پوشش غیر Medicare و مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» قابل تجمیع با یکدیگر نیستند. هر مزایای کمک هزینه جداگانه دارد. شما نامه‌ای 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 کمک هزینه 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. +Healthy Benefits یک کارت پرداخت مخارج است که اجازه می‌دهد مزایای شما از قبل روی کارت بارگذاری شوند تا به پرداخت هزینه اقلام و خدمات تحت پوشش کمک شود. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	خدمات شنوایی (ادامه) برای سوالات مربوط به این مزایا، می‌توانید با مدیر مزایا به شماره [TTY: 771] 572-6341 (855)، از ساعت 8AM تا 8PM، به وقت محلی، یکشنبه تا شنبه، 1 اکتبر تا 31 مارس، و از دوشنبه تا جمعه، 1 آوریل تا 30 سپتامبر. همچنین می‌توانید برای جزئیات بیشتر به وب سایت HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA مراجعه کنید. * خدمات در رابطه با محدودیت پرداخت از جیب برنامه اعمال نمی‌شود. علاوه بر خدمات شنوایی تحت پوشش برنامه درمانی غیر از Medicare، که در این بخش توضیح داده شده است، 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: • 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	خدمات قابله ما به افرادی که باردار هستند، تعداد نه (9) ویزیت با قابله در دوره بارداری و بعد از زایمان و همچنین پشتیبانی در زمان زایمان و هنگام وضع حمل ارائه می‌کنیم. تا نه مورد اضافی مراقبت پس از زایمان نیز ممکن است ارائه شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 0\$ (پوشش محدود به 12 ویزیت در سال بابت خدمات تحت پوشش غیر Medicare است.)	خدمات کایروپراکتیک (تحت پوشش Medicare) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • میزان سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی خدمات کایروپراکتیک (تحت پوشش غیر Medicare)* خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • معاینات اولیه و بعدی • اصلاحات کایروپراکتیک • درمان‌های کمکی • تصویربرداری با اشعه ایکس (فقط کایروپراکتیک) خدمات تحت پوشش غیر Medicare از طریق American Specialty Health Plans of California, Inc (برنامه‌های ASH) ارائه می‌شوند. خدمات تحت پوشش باید توسط برنامه‌های ASH به عنوان ضرورت پزشکی تعیین شوند. برای اطلاعات بیشتر، با برای یافتن تامین کنندگان برنامه‌های ASH، شما می‌توانید با برنامه‌های ASH با شماره (800) 678- 9133، TTY: 711، 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه، 5 صبح تا 8 شب به وقت پاسیفیک و 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای یکشنبه تا شنبه، 8 صبح تا 8 شب به وقت پاسیفیک، 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. *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.
\$0	خدمات محلی برای افراد بالغ (Community Based Adult Services,) (CBAS) برنامه CBAS، یک خدمت سرپایی در یک مرکز درمانی است که اشخاص برطبق جدول زمانی در آن حضور پیدا می‌کنند. این برنامه، مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان‌ها (شامل کاردرمانی، ورزش درمانی و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ارائه دهنده مراقبت، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را عرضه می‌کند. ما در صورت برآوردن ضوابط واجد شرایط بودن، هزینه CBAS را پرداخت می‌کنیم. توجه: اگر مرکز خدمات CBAS موجود نیست، ما می‌توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
میزان سهم پرداختی برای این خدمت بسته به خدمات فردی ارائه شده در طول دوره درمان متفاوت خواهد بود. \$0	خدمات مدیریت و درمان درد مزمن خدمات ماهانه تحت پوشش برای افرادی که با درد مزمن (درد مداوم یا عودکننده بیش از 3 ماه) زندگی می کنند. این خدمات ممکن است شامل ارزیابی درد، مدیریت دارو، و هماهنگی و برنامه ریزی مراقبت باشد.
\$0	خدمات و لوازم بیماری کلیه ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می کنیم: • خدمات ارزیابی بیماری کلیه برای آموزش مراقبت از کلیه و کمک به شما تا تصمیمات درستی را در مورد مراقبت خود اتخاذ کنید. شما باید مبتلا به مرحله چهار بیماری مزمن کلیه باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما هزینه حداکثر شش جلسه خدمات آموزش بیماری کلیه را پوشش می دهیم. • مداوای دیالیز بیماران سرپایی شامل مداوای دیالیز هنگامی که موقتاً در خارج منطقه خدماتی هستید، همانگونه که در فصل 3، دفترچه اطلاعاتی/اعضا ذکر شده است یا زمانی که تامین کننده این سرویس موقتاً در دسترس نبوده یا موجود نیست. • مداوای دیالیز بیماران بستری اگر شما به عنوان بیمار بستری برای مراقبت ویژه در بیمارستان پذیرفته شده باشید. • آموزش خود دیالیزی، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداوای دیالیز در منزل کمک می کند. • وسایل و لوازم دیالیز در منزل • برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت های ضروری توسط مددکاران دیالیز کارآزموده برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و سیستم تغذیه آب. برنامه Medicare بخش B هزینه برخی از داروهای مربوط به دیالیز را پرداخت می کند. برای کسب اطلاعات، به «داروهای Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	داروهای Medicare بخش B این داروها تحت پوشش Medicare بخش B هستند. برنامه درمانی ما بابت داروهای زیر هزینه پرداخت می‌کند: • داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی‌کنید و هنگامی که خدمات پزشک، سرپایی در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی را دریافت می‌کنید به شما تزریق یا درون‌یزی می‌شود. • انسولین تامین‌شده 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 • داروی آلزایمر، Leqembi® (نوع ژنریک Icanemab) که به صورت داخل وریدی (IV) تجویز می‌شود • عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتیکه 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 هنگام پیوند تحت پوشش بخش A بوده 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. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	داروهای Medicare بخش B (ادامه) - داروهای تزریقی پوکی استخوان. ما هزینه این داروها را در صورتی که خانه نشین باشید، شکستگی استخوانی داشته باشید که پزشک تأیید کند ناشی از پوکی استخوان پس از یائسگی بوده است، و نتوانید دارو را خودتان تزریق کنید، پرداخت می‌کنیم. - 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: برنامه Medicare برخی داروهای سرطان دهان را که از طریق خوراکی مصرف می‌کنید، در صورتی پوشش می‌دهد که همان دارو در فرم تزریقی موجود باشد یا دارو از نوع پیش‌دارو (prodrug) 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 مرتبط با بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) که تحت پوشش Medicare بخش B هستند نیز شامل می‌شوند. - داروهای کلسیم‌میتیک و بایندر فسفات تحت سیستم پرداخت ESRD، شامل داروی تزریقی Parsabiv® و داروی خوراکی Sensipar. - 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®، Darbepoetin Alfa®، Aranesp®، Epoetin Alfa، Procrit®، Mircera یا Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) به آن نیاز داشته باشید. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	داروهای Medicare بخش B (ادامه) • گلوبولین ایمنی درون رگی برای مداوای خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه • تغذیه تزریقی و روده‌ای (IV و تغذیه با لوله) ما همچنین بعضی واکسن‌ها را تحت Medicare بخش B و بیشتر واکسن‌های بزرگسالان تحت مزایای داروهای Medicare بخش D را پوشش می‌دهیم. فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مزایای دارویی ما را توضیح می‌دهد. این فصل مقرراتی که باید برای پوشش داروهای نسخه دار پیروی کنید را توصیف می‌کند. فصل 6 این دفترچه اطلاعاتی اعضا اطلاعاتی را در مورد هزینه‌هایی که برای داروهای خود از طریق برنامه درمانی ما پرداخت می‌کنید، ارائه می‌کند. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.
\$0	درمان تغذیه پزشکی  این مزایا برای اشخاصی می‌باشد که به مرض قند یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. این خدمت همچنین پس از پیوند کلیه، در صورت ارجاع پزشک شما، ارائه می‌شود. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره فردی را در طول سال اولی که خدمات درمان تغذیه پزشکی تحت Medicare دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم. در صورت ضرورت پزشکی، ما ممکن است خدمات تکمیلی را تایید کنیم. ما هزینه دو ساعت خدمات مشاوره رو در رو در سال را بعد از آن پرداخت می‌کنیم. اگر وضعیت، مداوا یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات مداوای بیشتری را با معرفی پزشک دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کرده و در صورتیکه شما در سال تقویمی به درمان نیاز داشته باشید، هر سال معرفیرا تمدید کند. در صورت ضرورت پزشکی، ما ممکن است خدمات تکمیلی را تایید کنیم.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 سهم ثابت بیمه شده برای هر ویزیت تحت پوشش تزریق درمانی در منزل	درمان‌های تزریق در خانه برنامه درمانی ما هزینه درمان‌های تزریق در خانه را که به شکل دارو یا مواد بیولوژیکی به داخل رگ یا زیر پوست و در خانه به شما تزریق می‌شود را پرداخت می‌کند. برای تزریق در خانه، به موارد زیر نیاز است: • دارو یا ماده بیولوژیکی، مثل ضدویروس یا گلوبولین ایمنی؛ • تجهیزات، مثل پمپ؛ و، • لوازم مثل لوله یا کاتتر. طرح ما خدمات تزریق در منزل را پوشش می‌دهد که شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به آن‌ها نیست: • خدمات تخصصی، شامل خدمات پرستاری، ارایه شده طبق برنامه مراقبتی شما؛ • آموزش و تعلیم به عضو که قبلاً در مزیت DME وجود نداشت؛ • نظارت از راه دور؛ و، • خدمات نظارتی برای انجام تزریق درمانی در خانه و داروهای تزریقی در خانه توسط یک تامین کننده واجد شرایط خدمات تزریق درمانی در خانه انجام شده‌اند. اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	طب سوزنی ما در هر ماه تقویمی بابت حداکثر دو سرویس طب سوزنی سرپایی یا در صورت وجود ضرورت پزشکی، تعداد بیشتر، هزینه پرداخت می‌کنیم. همچنین اگر درد مزمن پایین کمر دارید که مطابق با تعاریف ذکر شده در زیر باشد، ما هزینه حداکثر 12 ویزیت طب سوزنی در 90 روز را پرداخت می‌کنیم: • تداوم درد 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. به علاوه، در صورت بهبودی، ما هزینه هشت جلسه اضافی طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر را نیز پرداخت می‌کنیم. شما نمی‌توانید در سال بیش از 20 درمان طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر دریافت کنید. اگر بهتر نشوید یا اگر بدتر شوید، درمان‌های طب سوزنی باید متوقف شوند. الزامات ارائه‌دهندگان خدمات: پزشکان (مطابق تعریف بخش 1861(1)(r) «قانون تأمین اجتماعی») می‌توانند طب سوزنی را طبق الزامات ایالتی مربوطه ارائه دهند. دستیاران پزشک، پرستاران متخصص، پرستاران متخصص بالینی و کارکنان کمکی می‌توانند طب سوزنی ارائه دهند (مطابق آنچه در بخش 1861(5)(aa) قانون ذکر شده است) مشروط بر این‌که تمامی الزامات ایالتی مربوطه را رعایت کرده باشند و: • مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا در رشته طب سوزنی یا پزشکی شرقی از یک دانشکده مورد تأیید «کمسیون اعتباردهی طب سوزنی و پزشکی شرقی» (ACAOM) داشته باشند، و • دارای مجوز معتبر، کامل، فعال و بدون محدودیت برای انجام طب سوزنی در یک ایالت، قلمرو یا مشترک‌المنافع (مانند پورتوریکو) در ایالات متحده یا ناحیه کلمبیا باشند. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	طب سوزنی (ادامه) کارکنان کمکی که طب سوزنی انجام می‌دهند، باید تحت نظارت مناسب یک پزشک، دستیار پزشک، یا پرستار متخصص/پرستار متخصص بالینی باشند، همان‌طور که در مقررات ما در 42 CFR §§ 410.26 و 410.27 ذکر شده است. خدمات تحت پوشش از طریق ارائه کنندگان شرکت کننده در American Specialty Health Plans of California, Inc (برنامه‌های ASH) ارائه می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر، یا برای یافتن تامین کنندگان برنامه‌های ASH، شما می‌توانید با برنامه‌های ASH با شماره (800) 678-9133، [TTY: 711]، 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه، 5 صبح تا 8 شب به وقت پاسیفیک و 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای یکشنبه تا شنبه، 8 صبح تا 8 شب به وقت پاسیفیک، 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.
\$0	 غربالگری سرطان ریه با سی‌تی‌اسکن با دوز پایین (LDCT) برنامه درمانی ما بابت غربالگری سرطان ریه هر 12 ماه هزینه پرداخت می‌کند، اگر شما: • 50-77 سال داشته باشید، و • یک ویزیت مشاوره یا تصمیم‌گیری مشترک با پزشک خود یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط 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 بعد از غربالگری اول، برنامه درمانی ما هر سال بابت یک غربالگری دیگر با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط دیگر هزینه پرداخت می‌کند. اگر یک ارائه‌دهنده خدمات تصمیم بگیرد مشاوره غربالگری سرطان ریه و جلسه تصمیم‌گیری مشترک را برای غربالگری‌های سرطان ریه ارائه دهد، این ویزیت باید با معیارهای Medicare برای چنین ویزیت‌هایی مطابقت داشته باشد.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	کمک در زمینه برخی بیماری‌های مزمن مواد غذایی و محصولات کشاورزی* این طرح شامل مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» برای اعضای دارای برخی بیماری‌های مزمن است. این مزیت عبارت است از: • کمک هزینه ماهانه \$60 برای خرید غذا و محصولات کشاورزی سالم و مقوی. اقامت تایید شده را می‌توان در خرده فروشی‌های تایید شده محلی برای کمک به اعضا در حفظ یک رژیم غذایی سالم برای حمایت از نیازهای غذایی‌شان خریداری کرد. • این کمک هزینه فوق‌العاده را نمی‌توان از یک ماه به ماه بعد منتقل کرد. برای واجد شرایط بودن برای این مزایا (همه اعضا واجد شرایط نخواهند بود)، باید حداقل یکی از بیماری‌های مزمن زیر را داشته باشید: • اختلال مصرف مزمن الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs) • اختلالات خودایمنی: ○ پلاریت ندوسا ○ پلی میالژی روماتیسمی ○ پلی میوزیت ○ درماتومیوزیت ○ روماتیسم مفاصل ○ لوپوس اریتماتوز سیستمیک ○ آرتروز پسوریازیس ○ اسکروودرما • سرطان این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	کمک در زمینه برخی بیماری‌های مزمن (ادامه) ● اختلالات قلب و عروق: ○ آریتمی قلبی ○ بیماری عروق کرونر ○ بیماری عروق محیطی ○ بیماری دریچه‌ای قلب ● نارسایی قلبی مزمن ● زوال عقل ● دیابت شیرین ● اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک ● بیماری مزمن دستگاه گوارش: ○ بیماری مزمن کبد ○ بیماری کبد چرب غیرالکلی (NAFLD) ○ هپاتیت B ○ هپاتیت C ○ التهاب پانکراس ○ سندرم روده تحریک پذیر ○ بیماری التهابی روده ● بیماری مزمن کلیه (CKD): ○ بیماری مزمن کلیه (CKD) نیازمند دیالیز / بیماری کلیوی مرحله پایانی (ESRD) ○ CKD بدون نیاز به دیالیز ● اختلالات هماتولوژیک شدید: ○ کمخونی آپلاستیک ○ هموفیلی ○ پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی ○ سندرم میلودیسپلاستیک این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	کمک در زمینه برخی بیماری‌های مزمن (ادامه) ○ بیماری سلول داسی شکل (به استثنای افراد دارای صفت سلول داسی) ○ اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن ● HIV/ایدز ● اختلالات ریوی مزمن: ○ آسم، برونشیت مزمن ○ فیبروز کیستی ○ آمفیزم ○ فیبروز ریوی ○ پرفشاری خون ریوی ○ بیماری انسداد مزمن ریه (COPD) ● بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان: ○ اختلالات دوقطبی ○ اختلالات افسردگی عمده ○ اختلال بدبینی مفرط (پارانویا) ○ اسکیزوفرنی ○ اختلال اسکیزوافکتیو ○ اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ○ اختلالات غذا خوردن ○ اختلالات اضطرابی ● اختلالات عصبی: ○ اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) ○ صرع ○ فلج گسترده (از جمله همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی) ○ بیماری هانتینگتون این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	کمک در زمینه برخی بیماری‌های مزمن (ادامه) ○ فلج چندگانه ○ بیماری پارکینسون ○ پلی نوروپاتی ○ فیبرومیالژیا ○ سندرم خستگی مزمن ○ آسیب‌های طناب نخاعی ○ تنگی کانال نخاعی ○ نارسایی نورولوژی مرتبط با سکته ● سکته ● مراقبت پس از پیوند عضو ● اختلالات نقص ایمنی و سرکوب کننده سیستم ایمنی ● بیماری‌های مرتبط با اختلال شناختی: ○ بیماری آلزایمر ○ ناتوانی‌های ذهنی و ناتوانی‌های رشدی ○ آسیب‌های ناشی از ضربه مغزی ○ بیماری روانی ناتوان‌کننده همراه با اختلال شناختی ○ اختلال شناختی خفیف ● شرایط مرتبط با چالش‌های عملکردی و نیاز به خدمات مشابه از جمله موارد زیر: ○ آسیب‌های طناب نخاعی ○ فلج ○ قطع عضو ○ سکته ○ آرتروز ● بیماری‌های مزمنی که منجر به اختلال بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی می‌شوند این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	کمک در زمینه برخی بیماری‌های مزمن (ادامه) شرایطی که نیازمند ادامه خدمات درمانی هستند تا فرد بتواند عملکرد طبیعی خود را حفظ یا بازیابی کند این طرح با استفاده از اطلاعات ارائه‌شده توسط پزشک شما، یا از طریق تماس با پزشک جهت دریافت بیانی‌های امضا شده درباره بیماری مزمن شما، تعیین خواهد کرد که آیا شما واجد شرایط دریافت مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» هستید یا خیر. مبالغ کمک هزینه برای خدمات شنوایی تحت پوشش غیر Medicare و مزایای «مواد غذایی و محصولات کشاورزی» قابل تجمیع با یکدیگر نیستند. هر مزایای یک کمک هزینه جداگانه دارد. +Healthy Benefits یک کارت پرداخت مخارج است که اجازه می‌دهد مزایای شما از قبل روی کارت بارگذاری شوند تا به پرداخت هزینه اقلام و خدمات تحت پوشش کمک شود. پس از این‌که واجد شرایط تشخیص داده شوید، نامه‌ای از مدیر مزایا به همراه کارت مزایای شخصی‌سازی شده خود دریافت خواهید کرد. این نامه به شما اطلاع خواهد داد که کارت شما با مبلغ کمک هزینه 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. برای سؤالات مربوط به این مزایا، می‌توانید با مدیر مزایا به شماره (855) 572-6341 [TTY: 771]، از ساعت 8AM تا 8PM، به وقت محلی، یکشنبه تا شنبه، 1 اکتبر تا 31 مارس، و از دوشنبه تا جمعه، 1 آوریل تا 30 سپتامبر. همچنین می‌توانید برای جزئیات بیشتر به وب سایت HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA مراجعه کنید. * خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 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.	مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات ضروری از نظر پزشکی که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • 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 • تصویربرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی ضروری • وسایلی از قبیل صندلی چرخدار • خدمات اتاق جراحی و ریکآوری • ورزش درمانی، کاردرمان و گفتار درمانی • خدمات بستری برای سوءمصرف مواد • در برخی موارد، انواع پیوند اندام زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چند اندام شکمی. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان (ادامه) اگر به پیوند اندام نیاز دارید، یک مرکز پیوند اندام تأیید شده Medicare پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیرد که آیا برای پیوند اندام کاندید هستید یا نه. 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 مجموعه خود دریافت کنید. اگر برنامه درمانی ما خدمات پیوند اندام را در خارج از الگوی مراقبت مجموعه ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند اندام خود را در آنجا دریافت کنید، ما ترتیبات اقامت و هزینه مسافرت شما و یک فرد دیگر را می‌دهیم. • خون، شامل ذخیره سازی و توزیع • خدمات پزشکی توجه: برای بستری شدن، 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 بیمار «سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که آیا در وضعیت بستری هستید یا سرپایی، از کارکنان بیمارستان سوال کنید. برای دریافت اطلاعات بیشتر، به برگه راهنمای Medicare با عنوان <i>مزایای بیمارستانی Medicare</i> مراجعه کنید. این برگه اطلاعاتی در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf یا با تماس با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE قابل دریافت است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 مراقبت از بینایی (تحت پوشش Medicare) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: ما هزینه خدمات پزشک بیماران سرپایی را برای تشخیص و مداوای بیماری‌ها و مصدومیت‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. به عنوان مثال، درمان دژنراسیون ماکولا وابسته به سن. برای اشخاصی که در معرض افزایش خطر گلوکوم (آب سیاه) قرار دارند، هزینه یک مورد معاینه غربالگری گلوکوم (آب سیاه) در سال را پرداخت می‌کنیم. اشخاص زیر در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند: • 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 برای افراد مبتلا به دیابت، ما هزینه غربالگری رتینوپاتی دیابتی را یک بار در سال پرداخت می‌کنیم. 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. 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. <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 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، برای ادامه پرداخت هزینه‌های ادامه مراقبت خود باید به یک بیمارستان داخل شبکه منتقل شوید. 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. 20% سهم درصدی برای پوشش اضطراری جهانی (در صورت بستری شدن در بیمارستان در یک روز به دلیل همان بیماری، از پرداخت سهم درصدی معاف هستید)	مراقبت اضطراری مراقبت‌های اضطراری خدماتی هستند که: • توسط ارائه‌کننده‌ای عرضه می‌شوند که برای خدمات اضطراری آموزش دیده است، و • انجام آن برای ارزیابی یا درمان یک وضعیت اورژانسی پزشکی لازم هستند. وضعیت اورژانسی پزشکی عبارت است از بیماری، آسیب، درد شدید، یا شرایط پزشکی که به سرعت رو به وخامت می‌رود. این عارضه آنقدر جدیست که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرید، هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل بهداشتی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود: • خطر جدی برای سلامتی شما یا فرزند متولد نشده شما؛ یا • آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا • اختلال شدید در عملکرد هر یک از اندام‌های بدن یا • از دست دادن عضو یا از دست دادن عملکرد یک عضو. • در مورد زنان باردار در حین وضع حمل فعال، وقتی که: ○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به یک بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامتی و ایمنی شما یا کودک متولد نشده شما را در معرض خطر قرار دهد. *پوشش جهانی شما محدودیت ترکیبی سالیانه برای خدمات مراقبت اضطراری یا خدمات با نیاز فوری، در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن در هر سال، ندارید. *خدمات در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 20% سهم درصدی برای پوشش جهانی مراقبت‌های فوری (معافیت از پرداخت سهم درصدی در صورت بستری شدن در بیمارستان در یک روز به دلیل همان بیماری)	مراقبت با نیاز فوری مراقبت با نیاز فوری، ارائه مراقبت برای مداوای موارد زیر است: • 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. اگر به مراقبت با نیاز فوری احتیاج دارید، باید ابتدا آن را از طریق شبکه ارائه کنندگان دریافت کنید. با این حال، اگر به دلیل شرایط زمانی، مکانی یا موقعیتی، امکان مراجعه به ارائه‌دهنده درون شبکه وجود نداشته یا منطقی نباشد، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید (برای مثال، زمانی که خارج از محدوده خدمات طرح هستید و به خدمات فوری و ضروری پزشکی برای یک وضعیت پیش‌بینی نشده نیاز دارید، اما این وضعیت یک اورژانس پزشکی محسوب نمی‌شود). *پوشش جهانی هیچ سقف سالانه تجمیعی برای مراقبت‌های اورژانسی یا خدمات فوری موردنیاز خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن وجود ندارد و این موارد در سقف حداکثر پرداخت از جیب طرح لحاظ نمی‌شوند. *خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت بهداشت روانی به صورت سرپایی ما هزینه خدمات بهداشت روانی ارائه شده توسط مراکز زیر را پرداخت می‌کنیم: • 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) • دستیار پزشک (PA) • هر متخصص مراقبت بهداشت روانی مجاز دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد. ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • 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 <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
هزینه یک معاینه در سال تا \$30 به شما بازپرداخت می‌شود. برای یک جفت فریم عینک در هر سال تا \$35 به شما بازپرداخت می‌شود. برای یک جفت لنز عینک با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا لنز تماسی در هر سال \$35 به شما بازپرداخت می‌شود.	مراقبت بینایی، تحت پوشش غیر Medicare (خدمات دریافت شده از ارائه کنندگان غیر شبکه)* • 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 در صورت تمایل می‌توانید به یک متخصص بینایی‌سنجی یا عینک سازی مراجعه کنید که جزو شبکه ارائه کنندگان Blue Shield TotalDual Plan نباشد. با این حال، ممکن است خدمات دریافتی از شبکه ارائه کنندگان و با خدمات دریافتی از ارائه کنندگان خارج از شبکه یکسان نباشد. اگر یک ارائه کننده خارج از شبکه را انتخاب کنید، واجد شرایط بازپرداخت بخشی از هزینه خدمات ارائه شده 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. * خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 برای یک معاینه در هر سال زمانی که از یک ارائه‌دهنده در شبکه استفاده کنید. \$0 برای فریم عینک (با سقف قیمت خرده‌فروشی معمول تا \$365) در هر سال، زمانی که از یک ارائه‌دهنده در شبکه استفاده کنید. اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$365 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت تفاوت قیمت آن هستید. \$0 هزینه بابت یا یک جفت لنز عینک با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$365 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در سال در صورتیکه از یک ارائه‌دهنده داخل شبکه استفاده کنید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$365 باشد، شما مسئول پرداخت تفاوت آن هستید.	مراقبت بینایی، تحت پوشش غیر Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه کنندگان)* خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • 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. • لنزهای عینک یا لنزهای تماسی. اگر لنز عینک را انتخاب کنید، می‌توانید لنز تک‌کانونی، دوکانونی خطدار، سه‌کانونی خطدار و لنز لنزیکولار را انتخاب نمایید. اگر لنزهای دیگر یا درمان‌های افزودنی که در فهرست نیستند را انتخاب کنید، مسئول پرداخت هزینه‌های اضافی خواهید بود، حتی اگر مجموع هزینه‌ها در محدوده کمک هزینه باقی بماند. مجوز قبلی (تأیید از قبل) مورد نیاز نیست. از فهرست خدمات بینایی (<i>Vision Directory</i>) استفاده کنید یا به وب سایت blueshieldca.com/find-a-doctor بروید تا یکی از ارائه‌کنندگان مشارکت‌کننده در شبکه برنامه خدمات بینایی (Blue Shield Vision Service Plan, VSP) را پیدا کنید. * خدمات برای حداکثر سقف پرداخت شده از جیب اعمال نمی‌شود.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت تسکینی 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 (Palliative Care)، مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) نیست، بنابراین برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مراقبت تسکینی، لازم نیست امید به زندگی شش ماه یا کمتر داشته باشید. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت درمانی/عادی ارائه می‌شود. مراقبت تسکینی شامل موارد زیر می‌شود: • 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 اگر بالای 21 سال سن دارید، نمی‌توانید همزمان از مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر و مراقبت تسکینی استفاده کنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و شرایط لازم برای مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر را برآورده می‌کنید، در هر زمانی می‌توانید درخواست کنید که به مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر تغییر وضعیت دهید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0 بابت هر ویزیت سلامت در خانه تحت پوشش	مراقبت توسط سازمان درمانی در منزل قبل از اینکه بتوانید خدمات درمانی در منزل دریافت کنید، پزشک باید به شما بگوید که به آنها نیاز دارید و بایستی توسط یک سازمان درمانی در منزل ارائه شوند. شما باید زمین‌گیر باشید یعنی ترک خانه برای شما بسیار دشوار باشد. ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • خدمات حرفه‌ای پرستاری به صورت نیمه وقت یا مقطعی و خدمات مراقبت درمانی در خانه (تحت پوشش مزایای مراقبت درمانی در خانه خواهد بود، خدمات حرفه‌ای پرستاری 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 تجهیزات پزشکی اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.
\$0	مراقبت در مرکز پرستاری مرکز پرستاری (NF) مکانی است که برای افرادی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند اما به بستری شدن در بیمارستان نیز نیازی ندارند، خدمات مراقبتی ارائه می‌دهد. خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر است ولی به آنها محدود نمی‌شوند: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی دارد) • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • ورزش درمانی، کاردرمانی و گفتار درمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه درمانی به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته کننده خون.) این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) • 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 پزشکی/کارور پزشکی • وسایل با دوام پزشکی • خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی • معاینات شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پزشکی مربوط به پا 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. • مرکز پرستاری یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا زمانیکه مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند). • مرکز پرستاری که همسر شما یا شریک زندگی شما در هنگامیکه بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) برای تعریف مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی، به فصل 12 مراجعه کنید. ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی در صورت نیاز پزشکی • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات مرکز پرستاری تخصصی • 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 لخته‌گی خون این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) (ادامه) • خون، شامل ذخیره سازی و توزیع • ملزومات پزشکی و جراحی ارائه شده توسط مراکز پرستاری تخصصی (SNF ها) • آزمایش های آزمایشگاهی ارائه شده توسط مراکز پرستاری تخصصی • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می شوند • وسائلی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می شوند • خدمات پزشکی/ارائه کننده شما معمولاً مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی را از مراکز داخل شبکه دریافت می کنید. تحت شرایط خاص، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی خارج از شبکه دریافت کنید. شما می توانید مراقبت را در صورتی در محل های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می کند را قبول کنند. • مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت مداوم بازنشستگی که شما قبل از رفتن به بیمارستان، در آنجا زندگی می کردید (تا زمانی که مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند) • مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در هنگامی که بیمارستان را ترک می کنید در آنجا زندگی می کند اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
وقتی در یک برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی مورد تأیید Medicare ثبت‌نام می‌کنید، هزینه خدمات مراقبت‌های آسایشگاهی و خدمات بخش A و بخش B مربوط به بیماری را علاج شما توسط Original Medicare پرداخت می‌شود، نه Blue Shield TotalDual Plan. \$0 برای خدمات مشاوره آسایشگاهی (فقط یکبار)	مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر اگر ارائه‌کننده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما پیش‌نشان‌های پایان زندگی را دارید، شما حق انتخاب مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر را خواهید داشت. این بدان معناست که شما یک بیماری را علاج دارید و انتظار می‌رود که شش ماه یا کمتر زنده بمانید. می‌توانید از هر برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare، مراقبت دریافت کنید. طرح ما موظف است به شما در یافتن برنامه‌های مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) دارای تأییدیه Medicare در محدوده خدمات طرح، از جمله برنامه‌هایی که ما مالک آن‌ها هستیم، آن‌ها را کنترل می‌کنیم یا در آن‌ها منافع مالی داریم، کمک کند. پزشک مراقبت‌های آسایشگاهی شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده داخل شبکه یا خارج از شبکه باشد. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • داروهایی برای مداوای علائم بیماری و درد • مراقبت موقت کوتاه مدت • مراقبت در منزل برای خدمات مراقبت آسایشگاهی پایان عمر (Hospice) و خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B هستند و به پیش‌آگهی بیماری را علاج شما مربوط می‌شوند، صورتحساب به Medicare ارسال می‌شود: • Original Medicare (به‌جای طرح ما) هزینه خدمات مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر و هرگونه خدمات بخش A یا B مرتبط با بیماری را علاج شما را به ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر پرداخت خواهد کرد. در طول مدت حضور شما در برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر، ارائه‌دهنده این خدمات صورتحساب خدماتی را که Original Medicare هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند، به Original Medicare ارسال خواهد کرد. برای خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیست: • برنامه درمانی ما، خدمات تحت پوشش برنامه درمانی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیست را پوشش خواهد داد. ما خدمات را علیرغم اینکه به تشخیص بیماری را علاج شما مربوط باشند یا نباشند پوشش می‌دهیم. شما هزینه‌ای را برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید. این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر (ادامه) برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای طرح Medicare بخش D باشند: داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش هم آسایشگاه و هم برنامه درمانی ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این دفترچه / اطلاعاتی / 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 زیر مراجعه کنید. توجه: اگر به مراقبت‌هایی غیر از مراقبت‌های آسایشگاهی نیاز دارید، با هماهنگی کننده مراقبت خود و یا خدمات مشتریان تماس بگیرید تا اقدامات لازم برای این خدمات را ترتیب دهد. مراقبت غیر آسایشگاهی، مراقبتی است که به پیش‌آگهی و عواقب بیماری لا علاج شما مرتبط نیست. طرح ما خدمات مشاوره مراقبت‌های آسایشگاهی (فقط یکبار) را برای عضوی که دچار بیماری لا علاج است و مزایای مراقبت‌های آسایشگاهی را انتخاب نکرده است، پوشش می‌دهد. <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت‌های بیمارستانی سرپایی ما هزینه خدمات بیمارستانی سرپایی را برای تعیین این‌که آیا لازم است به‌عنوان بیمار بستری پذیرش شوید یا می‌توانید ترخیص شوید، پرداخت می‌کنیم. این خدمات باید با معیارهای Medicare مطابقت داشته و منطقی و ضروری تلقی شوند. خدمات نظارت بر بیمار فقط زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند که توسط دستور یک پزشک یا شخص دیگری که طبق قانون ایالتی و آیین‌نامه داخلی کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا تجویز آزمایش‌های سرپایی باشد، ارائه شوند. توجه: جز در مواردی که ارائه‌دهنده دستور کتبی برای پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر، شب در بیمارستان بمانید، ممکن است هنوز بیمار «سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار سرپایی هستید، از کارکنان بیمارستان سؤال کنید. اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعاتی Medicare مزایای بیمارستانی Medicare دریافت کنید. این برگه راهنما در نشانی Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf موجود است.
\$0	معاینات تشخیص سرطان پروستات  برای مردان 50 ساله و بالاتر، ما هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کنیم: • معاینه انگشتی راست روده • آزمایش پادگن ویژه پروستات (prostate specific antigen, PSA)
\$0	معاینه بدنی سالیانه شما برای یک معاینه بدنی سالیانه روتین در هر 12 ماه، علاوه بر ویزیت تندرستی سالیانه خود پوشش دارید. این ویزیت شامل بررسی جامع سابقه خانوادگی و پزشکی شما، ارزیابی دقیق سر تا پا و دیگر خدمات و توصیه‌های مقتضی است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	معاینه پیشگیری از بیماری با نام "به Medicare خوش آمدید" ما هزینه یکبار ویزیت پیشگیری کننده "به Medicare خوش آمدید" را پوشش می دهیم. این ویزیت شامل موارد زیر می شود: • بررسی وضعیت سلامتی شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه مورد نیاز شما (شامل معاینات غربالگری و واکسن ها)، و • ارجاع برای سایر خدمات مراقبتی در صورتی که به آن نیاز داشته باشید. توجه: ما تنها در طول 12 ماه اولی که شما Medicare بخش B دارید هزینه ویزیت پیشگیری کننده «به Medicare خوش آمدید» را پوشش می دهیم. هنگامی که وقت ویزیت می گذارید، به مطب پزشک خود بگویید که می خواهید برای ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» وقت بگیرید.
\$0	معاینه تشخیص HIV ما هزینه یک معاینه تشخیص HIV را در هر 12 ماه برای اشخاص زیر پرداخت می کنیم: • برای آزمایش معاینه تشخیص HIV درخواست کنند، یا • در معرض افزایش خطر ابتلا به HIV باشند. اگر باردار باشید، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول بارداری پرداخت می کنیم. ما همچنین هزینه معاینه تشخیص HIV در صورت توصیه توسط تامین کننده شما را نیز پرداخت می کنیم.
\$0	معاینه تشخیص افسردگی ما هزینه یک معاینه تشخیص افسردگی را در هر سال پرداخت می کنیم. این معاینه تشخیص باید در یک محیط مراقبت های درمانی اصلی انجام شود که بتواند مداوا و یا ارجاعات بعدی را ارائه کند.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	معاینه تشخیص آنوریسم آنورت شکمی ما هزینه یکبار انجام معاینه تشخیصی اولتراسوند برای اشخاص در معرض خطر را پرداخت می‌کنیم. برنامه درمانی ما 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 معرفنامه دریافت کنید.
\$0	معاینه تشخیص دیابت ما هزینه این معاینه غربالگری (شامل آزمایشات گلوکز ناشتا) را در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما مبتلا به یکی از عوامل مخاطره‌آمیز زیر باشید: • فشار خون بالا • تاریخچه میزان غیرعادی کلسترول و تری گلیسیرید (دیس‌لیپیدمی) • چاقی • سابقه قند (گلوکز) خون بالا آزمایش‌ها ممکن است در برخی موارد دیگر نیز تحت پوشش قرار گیرند، مانند زمانی که اضافه وزن دارید و سابقه خانوادگی دیابت وجود دارد. شما ممکن است برای حداکثر دو معاینه تشخیص دیابت هر 12 ماه پس از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت واجد شرایط باشید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 معاینه تشخیص سرطان کولورکتال ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • کولونوسکوپی هیچ محدودیت سنی حداقل یا حداکثری ندارد و یک بار در هر 120 ماه (10 سال) برای بیماران غیر پرخطر یا 48 ماه بعد از یک سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر در بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال هستند و یک بار در هر 24 ماه برای بیماران پرخطر بعد از یک کولونوسکوپی غربالگری قبلی پوشش دارد. • سی‌تی‌کولونوگرافی برای بیماران 45 ساله و بالاتر که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ نیستند، زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرد که حداقل 59 ماه از ماه انجام آخرین سی‌تی‌کولونوگرافی غربالگری گذشته باشد، یا 47 ماه از ماه انجام آخرین سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا کولونوسکوپی غربالگری گذشته باشد. برای بیماران در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال، هزینه سی‌تی‌کولونوگرافی غربالگری ممکن است زمانی پرداخت شود که حداقل 23 ماه از ماه انجام آخرین سی‌تی‌کولونوگرافی غربالگری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری گذشته باشد. • سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. یکبار در هر 120 ماه برای بیماران غیرپرخطر پس از انجام کولونوسکوپی غربالگری. یکبار در هر 48 ماه برای بیماران پرخطر پس از انجام آخرین سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا سی‌تی‌کولونوگرافی. • غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. یکبار در هر 12 ماه. • آزمایش DNA مدفوع چندمنظوره برای بیماران 45 تا 85 سالی که معیار شرایط پرخطر را ندارند. یکبار در هر 3 سال. • آزمایش‌های نشانگر زیستی مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 ساله که معیار شرایط پرخطر را ندارند. یکبار در هر 3 سال. • آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال شامل غربالگری کولونوسکوپی پیگیری بعد از نتیجه مثبت یک آزمایش غربالگری سرطان کولورکتال غیرتهاجمی مبتنی بر مدفوع تحت پوشش Medicare است. • آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال شامل سیگمونیدوسکوپی انعطاف‌پذیر غربالگری برنامه‌ریزی‌شده یا کولونوسکوپی غربالگری است که شامل برداشت بافت یا سایر مواد یا انجام اقدامات دیگر در ارتباط با آن می‌باشد که در همان جلسه بالینی با آزمایش غربالگری انجام می‌گیرد.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 معاینه تشخیص و مشاوره برای عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی (STI) ما هزینه معاینه تشخیص کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هپاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این معاینات تشخیصی برای زنان باردار و برخی اشخاصی که در معرض افزایش خطر STI قرار دارند تحت پوشش می‌باشند. ارائه کننده 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. 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 ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی ارائه شده باشند. این جلسات باید در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اصلی از قبیل مطب پزشک باشند.
\$0	 معاینه تشخیص و مشاوره سوء مصرف الکل ما هزینه یک غربالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را برای بزرگسالانی که الکل را به‌طور نادرست مصرف می‌کنند اما وابسته به الکل نیستند، پرداخت می‌کنیم. این موضوع شامل زنان باردار می‌شود. اگر معاینه تشخیصی شما برای سوء مصرف از الکل مثبت باشد، می‌توانید حداکثر چهار جلسه مشاوره رو در رو در هر سال را با ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) یا پزشک مجرب در مرکز مراقبت‌های اولیه دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هوشیار باشید).
\$0	 معاینه تشخیصی سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • برای همه زنان: آزمایشات پاپ اسمیر و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه • برای زنانی که در معرض افزایش خطر سرطان دهانه رحم یا واژن قرار دارند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه • برای زنانی که یک آزمایش پاپ اسمیر غیر عادی در سه سال گذشته داشته‌اند در سن بچه دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه • ویژه زنان 30 تا 65 سال: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش Pap و HPV، یکبار در هر 5 سال



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 معاینه تشخیصی و درمان چاقی برای وزن کم کردن 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.
\$0	 معاینه غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • یک ماموگرافی پایه در سنین بین 35 و 39 سال • یک ماموگرافی تشخیصی هر 12 ماه برای زنان 40 ساله و بالاتر • معاینات بالینی پستان هر 24 ماه یکبار
\$0	 معاینه مخصوص عفونت ویروس هپاتیت C ما یکبار هزینه غربالگری هپاتیت C را پرداخت می‌کنیم، مشروط بر این‌که پزشک مراقبت اولیه یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی واجد شرایط آن را تجویز کنند و شما یکی از شرایط زیر را داشته باشید: • در معرض خطر بالا باشید زیرا از داروهای تزریقی غیرمجاز استفاده می‌کنید یا قبلاً استفاده کرده‌اید. • پیش از سال 1992 انتقال خون داشته باشید. • بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده باشید. اگر بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید و در معرض خطر بالا محسوب نمی‌شوید، هزینه یکبار غربالگری پرداخت می‌شود. اگر در معرض خطر بالا باشید (برای مثال، از زمان آخرین آزمایش غربالگری منفی هپاتیت C همچنان از داروهای تزریقی غیرمجاز استفاده کرده باشید)، ما هزینه غربالگری سالانه را پرداخت می‌کنیم.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 واکسیناسیون ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • واکسن ذات‌الریه • واکسن flu/آنفلوانزا، یکبار در هر فصل آنفلوانزا در پاییز و زمستان، با واکسن آنفلوانزا اضافی در صورت ضرورت پزشکی • واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید. • واکسن COVID-19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • سایر واکسن‌ها در صورتی که در معرض خطر باشید و مقررات پوشش Medicare بخش B را برآورده کنید. ما هزینه سایر واکسن‌هایی که مقررات پوشش Medicare بخش D را برآورده می‌کنند، پرداخت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 6 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید. همچنین ما هزینه همه واکسن‌های بزرگسالان را طبق توصیه کمیته مشورتی روش‌های ایمن‌سازی (ACIP) پرداخت می‌کنیم.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	ورزش درمانی تحت نظارت (SET) ما هزینه SET را به اعضای مبتلا به بیماری شریان محیطی علامت دار (PAD) که از یک پزشک مسئول درمان PAD معرفی‌نامه PAD دارند، می‌پردازیم. برنامه درمانی ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: - 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 برنامه SET باید: - جلسات 30 تا 60 دقیقه برنامه آموزش ورزشی درمانی برای PAD در بیمارانی که به علت جریان خون ضعیف، گرفتگی پا دارند (لنگیدن) - در مرکز 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 اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	وسایل پروتز و ارتز و لوازم مربوطه پروتز جایگزین همه قسمت‌ها یا عملکرد یک اندام یا بخشی از آن می‌شود. این خدمات شامل موارد زیر است ولی به آنها محدود نمی‌شود: - آزمایش، جاگذاری یا آموزش در استفاده از وسایل پروتز و ارتوتیک - کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی - تغذیه روده‌ای و پراروده‌ای، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و ادپتور، محلول، و لوازم تزریق‌های شخصی - ضربان ساز - سایپورت - گفش پروتزی - دست و پای مصنوعی - پروتز پستان (شامل سینه بند جراحی بعد از عمل برداشت 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 ما هزینه برخی لوازم مربوط به پروتز و ارتوتیک را پرداخت می‌کنیم. ما هزینه تعمیر یا تعویض پروتز و ارتوتیک را نیز پرداخت می‌کنیم. 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. <i>اجازه قبلی ممکن است مورد نیاز باشد و درخواست آن تحت مسئولیت ارائه کننده شما است.</i>
\$0	ویزیت تندرستی سالانه  شما می‌توانید یک معاینه چکاپ سالانه را دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی برنامه پیشگیری براساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می‌باشد. ما هزینه این معاینه را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کنیم. توجه: اولین ویزیت تندرستی سالیانه شما نمی‌تواند ظرف 12 ماه از ویزیت خوش‌آمدگویی به Medicare شما باشد. البته، بعد از آنکه به مدت 12 ماه بخش B را داشتید، نیاز نیست که شما ویزیت به خوش‌آمدگویی به Medicare را انجام داده باشید تا مشمول ویزیت‌های تندرستی سالیانه شوید.



مبلغی که شما باید بپردازید	خدمات تحت پوشش
\$0	 ویزیت کاهش خطر بیماری قلبی عروقی (درمان بیماری قلبی) ما هزینه یک ویزیت در سال یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی را با ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) می‌دهیم تا به کاهش خطر بیماری قلبی برای شما کمک شود. در طول ویزیت، پزشک شما ممکن است: • 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.



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 روال‌هایی که در لیست ذکر نشده‌اند، تحت پوشش نیستند.

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

مهم: هر محدودیت دفعات ذکر شده در ستون **جدول مزایای دندانپزشکی** در زیر که در آن مشخص نشده 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 ری انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA) بر اساس اصطلاحات فعلی دندانپزشکی فهرست شده است. قانون فدرال استفاده از کد ADA را برای گزارش اقدامات دندانپزشکی الزامی کرده است. کدهای روال درمانی ممکن است هر از گاهی توسط ADA بازنگری شود. بنابراین، طرح درمانی ممکن است این فهرست کد را مطابق قانون مورد بازنگری قرار دهد. شما می‌توانید از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان (Dental Plan Administrator (DPA) به شماره [711 :TTY] 247-2486 (866)، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8 am تا 8 pm، 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	محدودیت های عمومی
خدمات تشخیصی			
D0140	ارزیابی محدود دهان – متمرکز بر مشکل	\$0	1 مورد در هر سال تقویمی
D0190	معاینات غربالگری بیمار	\$0	1 مورد (D0190 یا D0191) در هر سال تقویمی
D0191	ارزیابی وضعیت بیمار	\$0	1 مورد (D0190 یا D0191) در هر سال تقویمی
خدمات ترمیمی			

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



کد ADA	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	مبلغی که شما باید بپردازید	محدودیت های عمومی
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
پریودنتیکس			
D4240	جراحی فلپ لثه، شامل صاف کردن ریشه - چهار یا تعداد بیشتری دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک	\$0	یک مورد (D4240 یا D4241) به ازای هر ربع دهان، هر 3 سال تقویمی
D4241	جراحی فلپ لثه، شامل صاف کردن ریشه - یک تا سه دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک	\$0	یک مورد (D4240 یا D4241) به ازای هر ربع دهان، هر 3 سال تقویمی
D4266	بازسازی هدایت شده بافت، دندان های طبیعی - مانع قابل جذب، به ازای هر محل	\$0	یک مورد (D4266 یا D4267) به ازای هر دندان، هر 3 سال تقویمی
D4267	بازسازی هدایت شده بافت، دندان های طبیعی - مانع غیر قابل جذب، به ازای هر محل	\$0	یک مورد (D4266 یا D4267) به ازای هر دندان، هر 3 سال تقویمی
پروتزودنتیکس (قابل جابجایی)			
D5221	پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه رزینی (شامل قطعات نگهدارنده/قلاب ها، تکیه گاه ها و دندان ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک بالا (D5221) یا (D5222، D5223 یا D5227) هر 5 سال تقویمی
D5222	پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه رزینی (شامل مواد نگهدارنده/قلاب ها، تکیه گاه ها و دندان ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک پایین (D5222) یا (D5223، D5224 یا D5228) هر 5 سال تقویمی
D5223	پروتز پارسیل فوری فک بالا - بدنه داخلی فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/قلاب ها، تکیه گاه ها و دندان ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک بالا (D5221) یا (D5222، D5223 یا D5227) هر 5 سال تقویمی

کد ADA	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	مبلغی که شما باید بپردازید	محدودیت های عمومی
D5224	پروتز پارسیل فوری فک پایین - بدنه داخلی فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/قلاب ها، تکیه گاه ها و دندان ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک پایین (D5222) یا (D5223، D5224 یا D5228) هر 5 سال تقویمی



کد ADA	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	مبلغی که شما باید بپردازید	محدودیت های عمومی
D5225	پروتز پارسیل فک بالا - پایه انعطاف پذیر (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه ها و دندان‌ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک بالا (D5221)، D5223، D5225 یا D5227 هر 5 سال تقویمی
D5226	پروتز پارسیل فک پایین - پایه انعطاف پذیر (شامل قطعات نگهدارنده/گیرنده، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک پایین (D5222)، D5224، D5226 یا D5228 هر 5 سال تقویمی
D5227	پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه انعطاف پذیر (شامل قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک بالا (D5221)، D5223، D5225 یا D5227 هر 5 سال تقویمی
D5228	پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه انعطاف پذیر (شامل قلاب‌ها، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها)	\$0	یک پروتز پارسیل فک پایین (D5222)، D5224، D5226 یا D5228 هر 5 سال تقویمی
D5670	تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک بالا)	\$0	1 در هر 6 ماه
D5671	تعویض تمام دندان‌ها و قرار دادن مواد اکریلیک روی بدنه فلزی (فک پایین)	\$0	1 در هر 6 ماه
D5710	تغییر پایه پروتز کامل فک بالا	\$0	1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی شود)
D5711	تغییر پایه پروتز کامل فک پایین	\$0	1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی شود)
D5720	تغییر پایه پروتز پارسیل فک بالا	\$0	1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی شود)
D5721	تغییر پایه پروتز پارسیل فک پایین	\$0	1 در هر سال تقویمی (در ظرف 6 ماه از قرار دادن اولیه پوشش داده نمی شود)

کد ADA	شرح خدمات ADA تحت پوشش برای شما	مبلغی که شما باید بپردازید	محدودیت های عمومی
پروتزودنتیکس (ثابت)			
D6240	پونتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	\$0	1 به ازای هر دندان در هر 5 سال
D6242	پونتیک - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	\$0	1 به ازای هر دندان در هر 5 سال
D6250	پونتیک - رزین با درصد بالای فلزات نجیب	\$0	1 به ازای هر دندان در هر 5 سال
D6252	پونتیک - رزین با فلزات نجیب	\$0	1 به ازای هر دندان در هر 5 سال
D6750	روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب با درصد بالا	\$0	1 به ازای هر دندان در هر 5 سال
D6752	روکش نگهدارنده - چینی ذوب شده روی فلزات نجیب	\$0	1 به ازای هر دندان در هر 5 سال



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

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

دریافت مراقبت دندانپزشکی

مقدمه

طرح 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 **[TTY: 711] 247-2486 (866)** از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8 صبح تا 8 بعدازظهر و 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) و 1 آوریل تا 30 سپتامبر در طول 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 **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آوریل 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 **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8am تا 8pm، 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید.

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

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

سهم ثابت عضو

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.

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 (866) 247-2486 [TTY: 711]، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8 am تا 8 pm، 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 (866) 247-2486 [TTY: 711]، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8 am تا 8 pm، 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 تکمیل‌کننده (الف) یک پروتز پارسیل یا کامل را که قالب‌های نهایی برای آن گرفته شده است و (ب) تمام اقدامات در هر دندانی که کار روی آن شروع شده است (مانند تحویل روکش‌ها هنگامی که دندان‌ها آماده شده باشند) را تکمیل خواهد کرد.

مراقبت اضطراری دندانپزشکی

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



این طرح هزینه خدمات مراقبت اضطراری دندانپزشکی را پرداخت نمی کند.

اخذ نظر ثانویه برای مراقبت های 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، می توانید 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. درخواست های 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 می شود). برای دریافت کمک یا اطلاعات بیشتر در مورد روال ها و چارچوب های زمانی برای مجوز های نظر ثانویه، با بخش خدمات مشتریان DPA به شماره [TTY: 711] 866-247-2486، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8 am تا 8 pm، هفت روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آپریل تا 30 سپتامبر در روز های هفته، تماس بگیرید یا برای DPA نامه بنویسید.

نظرات ثانویه در یک مطب دندانپزشک داخل شبکه دیگر 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 فرایند 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 سایر مزایای دندانپزشکی 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 صلاح دید خود، تعیین خواهد کرد که آیا هرگونه بازپرداخت به یک شرکت بیمه یا سازمان دیگر، متناسب با مقررات مزایای شرح داده شده در اینجا، تضمین شده است یا خیر و هر گونه بازپرداخت پرداخت شده، تحت این قرارداد به عنوان 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

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



کنیم. کیفیت درمان گسترده‌ای از خدمات حرفه‌ای 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، سیاست‌ها، روال‌ها یا عملیات‌های DPA یا کیفیت خدمات دندانپزشکی انجام شده توسط دندانپزشک شبکه، سؤال 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 سؤالی دارید، با DPA به شماره **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، از 1 اکتبر تا 31 مارس، 8 am تا 8 pm هر 7 روز هفته (به جز تعطیلات) و از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، در طول روزهای هفته تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید (شماره‌های تلفن در پشت جلد این سند درج شده است).

استثنائات عمومی برای طرح HMO دندانپزشکی

- هر روشی که به طور خاص در جدول مزایای خدمات دندانپزشکی ذکر نشده باشد.
- هر جراحی یا روالی که با نظر حرفه‌ای دندانپزشک شبکه:
 - پیش بینی ضعیفی درباره نتیجه موفق و طول عمر معقول بر اساس وضعیت دندان یا دندان‌ها و یا ساختارهای اطراف آن داشته باشد، یا
 - با استانداردهای عمومی پذیرفته شده برای دندانپزشکی مطابقت ندارد.
- خدماتی که صرفاً برای اهداف زیبایی یا برای بیماری‌هایی هستند که در نتیجه عیوب مادرزادی یا رشدی می‌باشند، از قبیل شکاف کام، ناهنجاری‌های فک بالا و پایین، دندان‌های از دست رفته به صورت مادرزادی و دندان‌های دچار تغییر رنگ شده یا فاقد مینا باشد.
- لوازم و وسایل گم شده یا زردیده شده از قبیل پروتزها و روکش‌های کامل یا پارسیل.
- 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.
- 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.
- لوازم و متعلقات دندانی که با ایمپلنت پشتیبانی می‌شوند، قرار دادن ایمپلنت، نگهداری، برداشتن و سایر خدمات مرتبط با ایمپلنت دندانی.
- مشاوره در مورد مزایای خارج از پوشش بیمه.
- خدمات دندانپزشکی دریافت شده از هر مطب دندانپزشکی غیر از دندانپزشک شبکه اختصاص داده شده یا متخصص دندانپزشکی از پیش مجاز اعلام شده.
- کلیه هزینه‌های مربوط به پذیرش، استفاده، یا بستری در بیمارستان، مرکز جراحی سرپایی، مرکز مراقبت‌های تکمیلی، یا سایر مراکز مراقبتی مشابه.
- 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.

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 کانتی‌های لس‌آنجلس و سن دیگو به اعضای واجد شرایط حمایت‌های جامعه محلی ارائه می‌دهد.

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.
خدمات اجارمنشینی و حفظ و نگهداری مسکن	اعضا در حفظ و ثبات وضعیت اجارمنشینی بعد از یافتن مسکن کمک دریافت می‌کنند.
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.
خدمات ردیابی در گذار به مسکن	اعضا در اسکان کمک دریافت می‌کنند.
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.
خدمات مراقبت فردی و خانه‌داری	خدمات اعضا در زمینه فعالیت‌های زندگی روزانه (ADLها) مثل استحمام، لباس پوشیدن، توالت رفتن، حرکت، یا تغذیه و خدمات مراقبت شخصی مثل تهیه خوراک، خرید خواربار، و مدیریت پول به اعضایی کمک می‌کند که در غیر این صورت و بدون این حمایت‌ها در خانه می‌مانند.
درمان آسم	تغییرات فیزیکی محیط خانه افراد به منظور اطمینان از سلامت، تندرستی و ایمنی و امکان پذیرکردن فعالیت در خانه در مواردی که حمله‌های آسمی حاد ممکن است منجر به بستری یا دریافت خدمات اضطراری شود.



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.
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.
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.
مراکز ترک اعتیاد	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.
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.
ودیه‌های مسکونی	اعضا در یافتن، هماهنگی، تضمین تامین مالی خدمات یکپارچه موردنیاز برای ساماندهی اولیه خانوار کمک دریافت می‌کنند.

اگر به کمک نیاز دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری را در مورد حمایت‌های جامعه محلی که ممکن است در اختیار شما باشند کسب نمایید، با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413 یا ارائه کننده 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: Los Angeles (800) 605-2556 (سن دیگو) (855) 699-5557
- با شماره (800) 430-7077 (TTY (800) 430-4263) با Health Care Options (HCO) تماس بگیرید
- برای کسب اطلاعات بیشتر از اداره خدمات مراقبت سلامت (Department of Health Care Services) بازدید کنید: <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandLOS.aspx>

G. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه درمانی ما

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

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



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 60 روز متوالی را در یک مرکز بستری بوده‌اند، استفاده می‌کند تا بتوانند به محیط‌های اجتماعی برگردند و با اطمینان خاطر در آن زندگی کنند. طرح CCT خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه را در طول دوره قبل از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال، برای کمک به بازگشت افراد ذینفع به اجتماع، تأمین مالی می‌کند.

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

برای خدمات هماهنگی برای انتقال به جامعه (CCT)

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

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

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

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

تغییری در مزایای پوشش دارویی صورت نگرفته است

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

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

G2. Medi-Cal Dental

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

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



برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در Medi-Cal Dental، یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را بپذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental 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 لس آنجلس، 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 تغییراتی ایجاد کنید، با Health Care Options با شماره 1-800-430-4263 (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند)، 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. www.hpsm.org/dental

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

G3. خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)

- برنامه IHSS با پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما توسط ارائه دهندگان خدمات مراقبتی ثبت‌نامی، کمک می‌کند تا بتوانید در منزل خود ایمن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه محسوب می‌شود، از قبیل آسایشگاه یا مرکز اقامت و مراقبت.
- برای دریافت خدمات، یک ارزیابی انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده، نوع خدماتی که ممکن است برای او مجاز شناخته شود، تعیین گردد. نوع خدماتی که از طریق IHSS مجاز است شامل نظافت منزل، آماده کردن غذا، شستشوی لباس، خرید خواربار، خدمات مراقبت شخصی (مثل مراقبت ادرار و اجابت مزاج، پیرایش یا خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ویزیت پزشکی، و نظارت 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 944-4477 (888) و دفتر San Diego IHSS به شماره 339-4661 (800) تماس بگیرید.

G4. 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.



- ALW در حال حاضر فقط در کانتی‌های زیر در دسترس است: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, and Sonoma.
- 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 رُشد 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 اجتماعی (CBRF) شرکت‌کننده ارائه می‌شود. این اقامتگاه می‌تواند دارای مالکیت خصوصی باشد، از طریق قرارداد اجاره به مستاجر یا توسط محل اقامت یکی از اعضای خانواده شرکت‌کننده تأمین شود.
- اعضای که در HCBA Waiver ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند همچنان در HCBA Waiver ثبت نام بمانند، 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 6764-251 (800) تماس بگیرید
- با Call Access TLC به شماره 9887-852 (800) تماس بگیرید
- San Ysidro Health سازمان HCBA محلی کانتی سن دیگو است. با San Ysidro Health به شماره 5910-503 (833)، از 8:00am تا 5:00pm، 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 پرونده بیمار و مراقبت مستقیم را در اختیار افراد مبتلا به HIV قرار می‌دهد. خدمات مدیریت موردی بیمار، یک رویکرد تیمی بیمار محور است و متشکل از یک پرستار رسمی و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده با شرکت‌کننده و ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی، خانواده، مراقبت دهنده(ها) و سایر ارائه کنندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را برای نگهداری از شرکت‌کننده در خانه و جامعه خود ارزیابی کنند.
- اهداف MCWP عبارتند از: (1) ارائه خدمات خانگی و اجتماعی برای افراد مبتلا به HIV که در غیر این صورت ممکن است به خدمات موسسات نیاز داشته باشند. (2) کمک به شرکت‌کنندگان برای مدیریت سلامتی HIV خود. (3) بهبود دسترسی به حمایت در زمینه سلامت اجتماعی و بهداشت رفتاری و (4) هماهنگ کردن ارائه کنندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.
- اعضای که در MCWP Waiver ثبت نام کرده اند، 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 ساعت پاسیفیک) باز است. برای دسترسی به میز کمک (Help Desk):

○ با شماره 1-866-411-ARIES (2743) تماس بگیرید یا

○ یک درخواست ARIES Help Desk به aries@cdph.ca.gov ارسال کنید و نام، آژانس، شماره تلفن، سؤال/مشکل خود را در آن درج کنید. هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد مشتری درج نکنید.

برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (Multipurpose Senior Services Program,) (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 هماهنگ‌سازی مراقبت را به صورت مداوم فراهم می‌کند، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات اجتماعی و منابع مورد نیاز پیوند می‌دهد، هماهنگی‌های لازم را با ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی انجام می‌دهد و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می‌کند که به طور معمول برای جلوگیری یا تأخیر در 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.
- هماهنگ‌کننده مراقبت‌های درمانی شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای خدمات MSSP درخواست دهید. شما می‌توانید با تماس با اداره خدمات سالمندی کالیفرنیا به شماره 1-800-510-2020 یا با انتخاب کانتی خود در صفحه Find Services in My County در وبسایت اداره خدمات سالمندی کالیفرنیا، یک ارائه‌دهنده MSSP در منطقه خود پیدا کنید:
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G5. 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 می شود:

- خدمات بهداشت روانی
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات درمانی فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران
- 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
- هماهنگی مراقبت های ویژه
- خدمات فشرده برپایه محیط خانه
- بازگشت به جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی
- درمان جامعه محور تأکیدی (ACT)
- درمان جامعه محور تأکیدی تخصصی پزشکی قانونی (FACT)
- مراقبت تخصصی هماهنگ (CSC) برای نخستین دوره روان پریشی (FEP)
- خدمات باشگاه
- خدمات بهبودیافته کارشناس سلامت جامعه (CHW)

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 درمانی سرپایی فشرده

- 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
- خدمات درمانی برای بیماران بستری

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 وضعیت بحرانی و ارجاع کانتی (لطفاً برای شماره تلفن و ساعات کاری به فصل 2، بخش K این دفترچه/اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید)
- اداره بهداشت عمومی لس آنجلس، جلوگیری و کنترل مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-742-7900، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته)
- خدمات سلامت رفتاری سن دیگو کانتی - خدمات اختلال مصرف مواد (لطفاً با شماره (TTY: 711) 888-724-7240، 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)

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

فرایند معرفی بین Blue Shield TotalDual Plan و کانتی
اگر خدماتی را از Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی دریافت می‌کنید، می‌توانید به نهادهای سازگار با نیاز خود معرفی شوید. Blue Shield TotalDual Plan یا کانتی می‌توانند با تماس، شما را به نهادهای معرفی کنند که به آن ارجاع شده‌اید. همچنین یک فرم ارجاع توسط تامین کننده ارجاع کننده نیز پر شده و به نهادهای 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 درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

این قسمت در مورد مزایایی است که توسط طرح ما مستثنی شده است. «مستثنی» (Excluded) به این معناست که ما هزینه این مزایا را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه آن‌ها را پرداخت نمی‌کنند.

فهرست زیر برخی خدمات و اقلامی را توصیف می‌کند که تحت هیچ‌گونه شرایطی پوشش نمی‌دهیم و برخی موارد که صرفاً در برخی موارد پوشش داده نمی‌شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی شده که در این بخش (یا هرکجای دیگر در این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا) ذکر شده‌اند را به جز در شرایط خاصی که اعلام شده است، پرداخت نمی‌کنیم. حتی اگر این خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح هزینه آن‌ها را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح ما باید هزینه یک خدمت غیرمشمول را پرداخت کند، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرها، به فصل 9 این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا مراجعه کنید.

علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیتی که در جدول مزایا ذکر شده است، طرح ما موارد و خدمات زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» محسوب نمی‌شوند، مگر اینکه به عنوان خدمات تحت پوشش ذکر شده باشند.
- درمان‌ها، 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 در مورد مطالعات تحقیقاتی بالینی، به فصل 3 این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا مراجعه کنید. درمان‌ها و اقلام آزمایشی، مواردی هستند که عموماً توسط جامعه پزشکی پذیرفته نشده‌اند.



- مداوای جراحی برای چاقی ناسالم، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در بیمارستان، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشند.
- پرستار شخصی
- اقامت شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، از قبیل تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌های اخذ شده توسط بستگان بسیار نزدیک شما یا اعضای خانوارتان.
- روال‌ها یا خدمات بهسازی انتخابی یا داوطلبانه (شامل کم کردن وزن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، به منظور زیباسازی، ضدپیری و کارایی فکری)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیبایی یا سایر کارهای زیبایی، مگر این‌که به دلیل یک آسیب‌دیدگی تصادفی لازم باشد یا برای اصلاح بخشی از بدن که به‌درستی شکل نگرفته انجام شود، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. اما هزینه بازسازی سینه را بعد از جراحی برداشتن پستان و برای ترمیم سینه دیگر به منظور یکسان شدن آنها با هم باشد، پرداخت می‌کنیم.
- مراقبت‌های معمول از پا، به جز مواردی که در خدمات پایشی 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 کند و مقدار سهم هزینه VA بیش از سهم هزینه در برنامه ما باشد، ما این مابه‌التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ سهم‌هزینه (cost-sharing) خود هستید.



فصل 5: دریافت داروهای سرپایی شما

مقدمه

این فصل قوانین مربوط به دریافت داروهای سرپایی شما را توضیح می‌دهد. اینگونه داروها را ارائه‌کننده شما تجویز می‌کند تا از داروخانه یا توسط تحویل در منزل دریافت کنید. این داروها شامل اقلامی می‌شوند که تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal هستند. **فصل 6** این دفترچه اطلاعات/اعضا هزینه‌ای که برای این داروها پرداخت می‌کنید را توضیح می‌دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه اطلاعات/اعضا گنجانده شده‌اند.

ما همچنین داروهای زیر را پوشش می‌دهیم، اگرچه در این فصل به آنها پرداخته نشده است:

- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش A.** این داروها به طور کلی شامل اقلامی می‌شوند که در هنگام اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش B.** این داروها شامل برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای تزریقی که در طول ویزیت با پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان در مطب به شما داده می‌شود و داروهایی می‌شود که در درمانگاه دیالیز به شما داده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای تحت پوشش Medicare بخش B، به جدول مزایا در فصل 4 دفترچه اطلاعات/اعضا مراجعه کنید.
- علاوه بر برنامه Medicare بخش D و پوشش مزایای پزشکی، اگر در آسایشگاه Medicare باشید، داروهای شما ممکن است تحت پوشش Original Medicare قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش D** «اگر در یک برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر تأییدشده توسط Medicare هستید» مراجعه کنید.

مقررات داروهای تحت پوشش برنامه درمانی ما برای بیماران سرپایی

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

شما باید از ارائه‌کننده (پزشک، دندانپزشک یا تجویزکننده دیگری) بخواهید که نسخه شما را بنویسد و این نسخه باید تحت قانون قابل اجرای ایالت معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) شما می‌باشد. اگر PCP، شما را برای دریافت مراقبت ارجاع کرده باشد، این شخص می‌تواند ارائه‌کننده دیگری نیز باشد.

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

شکا به طور کلی، برای پیچیدن نسخه خود باید از داروخانه‌های شبکه استفاده کنید. (برای اطلاعات بیشتر به **بخش A1** مراجعه کنید.) یا می‌توانید نسخه خود را از طریق خدمات تحویل در منزل 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 دارو در **فهرست داروها** نباشد، ممکن است بتوانیم آن را با ارائه یک استثنا پوشش دهیم.
- برای آشنایی با نحوه درخواست استثنا، به فصل 9 مراجعه کنید.
- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویز شده شما تحت هر دو استاندارد Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.



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

ممکن است تأیید دارو از سوی طرح ما بر اساس معیارهای خاصی لازم باشد تا پوشش آن امکان‌پذیر شود. (به بخش C در این فصل مراجعه کنید.)

فهرست مطالب

A.	پیچیدن نسخه‌های شما.....	165
A1.	پیچیدن نسخه در یکی از داروخانه‌های شبکه.....	165
A2.	استفاده از کارت شناسایی عضو در هنگام پیچیدن نسخه.....	165
A3.	اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دادید چه باید بکنید.....	165
A4.	اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود باید چه کنید.....	165
A5.	استفاده از یک داروخانه تخصصی.....	166
A6.	استفاده از خدمات تحویل در منزل برای دریافت داروهای خود.....	166
A7.	دریافت ذخیره بلند مدت دارو.....	168
A8.	استفاده از خدمات داروخانه‌ای که در شبکه طرح درمانی ما نیست.....	168
A9.	دریافت بازپرداخت برای هزینه نسخه.....	168
B.	فهرست دارویی برنامه درمانی ما.....	169
B1.	داروهای موجود در فهرست دارویی ما.....	169
B2.	چگونه یک دارو را در فهرست دارویی پیدا کنیم.....	169
B3.	داروهای ناموجود در فهرست دارویی ما.....	170
B4.	ردیف‌های سهم هزینه فهرست دارویی.....	171
C.	محدودیت‌ها برای برخی از داروها.....	172
D.	دلایل عدم پوشش داروی شما.....	173
D1.	دریافت مقدار موقتی از دارو.....	174



- D2. درخواست مقدار موقتی از دارو 175
- D3. درخواست برای استثناء 175
- E. تغییر در پوشش داروهای شما 176
- F. پوشش دارویی در موارد ویژه 178
- F1. اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی که تحت پوشش برنامه درمانی ما است 178
- F2. اقامت در مرکز مراقبت بلند مدت 178
- F3. اقامت در آسایشگاه پایان عمر دارای مجوز Medicare 178
- G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 178
- G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها 178
- G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت استفاده از داروهایتان 179
- G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروهای مخدر 180



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 اطلاعات درباره مواردی که نسخه‌های پیچیده شده در داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم، به **بخش A8** مراجعه کنید.)

برای یافتن یک داروخانه در شبکه، به *فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، به وبسایت ما سر بزنید 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 تحت پوشش برای ما صورتحساب ارسال می‌کند. هنگام برداشتن داروی نسخه دار خود لازم است که سهم ثابت بیمه شده را به داروخانه پرداخت کنید.

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

اگر «کارت شناسایی عضو» یا BIC خود را در هنگام پیچیدن نسخه به همراه ندارید، از داروخانه بخواهید که با ما تماس گرفته و اطلاعات لازم را دریافت کند یا می‌توانید از داروخانه بخواهید که اطلاعات ثبت نام 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 هر کاری بتوانیم برای کمک انجام خواهیم داد.

- برای درخواست بازپرداخت هزینه، به فصل 7 این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.
- اگر برای دریافت نسخه دارویی خود به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A3. اگر داروخانه 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 اقلام دارویی از نسخه هنوز باقی مانده است از داروخانه خود بخواهید که نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

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

A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود باید چه کنید

اگر داروخانه مورد استفاده شما شبکه برنامه درمانی ما را ترک کند، باید یک داروخانه شبکه جدید را پیدا کنید.

برای یافتن یک داروخانه جدید در شبکه، به «*فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها*» مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



A5. استفاده از یک داروخانه تخصصی

گاهی اوقات نسخه‌ها باید در داروخانه تخصصی پیچیده شوند. برخی از داروخانه‌های تخصصی:

- داروخانه‌هایی که داروهای را برای تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
 - داروخانه‌هایی که داروهای را برای ساکنین مراکز مراقبت بلند مدت از قبیل مراکز پرستاری تأمین می‌کنند.
 - مراکز مراقبت 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 مشتریان تماس بگیرید.
 - داروخانه‌های ارائه کننده مراقبت درمانی به سرخپوستان (IHCP) اعضای سرخپوست آمریکایی و بومیان آلاسکا می‌توانند از خدمات داروخانه‌های «ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی سرخپوستان» (IHCP) استفاده کنند، مشروط بر این‌که در یک داروخانه خرده‌فروشی ثبت‌نام کرده باشند. اگر شما سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا نیستید، همچنان می‌توانید از خدمات داروخانه خرده‌فروشی در یک IHCP استفاده کنید، در صورتی که برای درمان به آن مرکز معرفی شده باشید یا در شرایط اضطراری قرار داشته باشید.
 - داروخانه‌هایی که داروهای را توزیع می‌کنند که توسط FDA از ارسال به مکان‌های خاصی محدود شده‌اند یا نیاز به حمل خاص، هماهنگی با ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد نحوه استفاده از آنها دارند. (توجه: این سناریو به ندرت اتفاق می‌افتد).
- برای یافتن یک داروخانه تخصصی، به «فهرست تأمین‌کنندگان و داروخانه‌ها» مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن 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، داروهای در دسترس از طریق تحویل در خانه هستند که شما به طور مرتب برای یک بیماری مزمن یا وضعیت پزشکی بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهای که از طریق خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی ما در دسترس نیستند با نماد NDS در فهرست دارویی ما مشخص شده اند.
- 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 ثابت ذخیره یک ماهه را دارد:

پیچیدن نسخه‌ها از طریق پست

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پیچیدن نسخه‌های خود با تحویل در منزل، لطفاً با شماره پشت جلد این دفترچه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر از داروخانه تحویل در خانه استفاده می‌کنید که در شبکه 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)، 24 ساعت شبانه روز/7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید. در صورت نیاز، خدمات مشتریان Blue



Shield TotalDual Plan می‌تواند به شما در دریافت مقدار کافی دارو از یک داروخانه شبکه خرده فروشی 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 خرده فروشی ارسال نماید و بتوانید مقدار داروی مورد نیاز خود را تا زمانی که داروی تحویل در منزل را دریافت می‌کنید، دریافت کنید.

اگر مدت تأخیر از زمان سفارش به تأمین کننده داروی تحویل در منزل، بیش از 5 باشد و علت آن گم شدن دارو در سیستم پستی باشد، خدمات مشتریان 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 امکان را خواهید داشت که مطمئن شوید داروخانه، داروی مناسب (از نظر دوز، مقدار و شکل) را ارائه می‌دهد و در صورت لزوم، می‌توانید پیش از صدور صورت حساب و ارسال دارو، سفارش خود را متوقف یا لغو کنید.
- هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، به آنها اطلاع دهید تا بدانند با نسخه جدید چه کنند و از تأخیر در ارسال جلوگیری شود.

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 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 داروهای تحویل در خانه را آماده می‌کند، با ما از طریق داروخانه آمازون با شماره 208-4665 (856)، در 24 ساعت شبانه‌روز/7 روز هفته، تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند.

بهترین راه‌های تماس با شما را به داروخانه اطلاع دهید تا آنها بتوانند قبل از ارسال، سفارش شما را تأیید کنند. لطفاً اطمینان حاصل کنید که اطلاعات تماس شما در **Blue Shield TotalDual Plan** همیشه به روز باشد. اگر نیاز است که شماره تلفن یا آدرس



خود را به روز رسانی کنید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan (شماره تلفن در پایین این صفحه درج شده) تماس بگیرید.

A7. دریافت ذخیره بلند مدت دارو

می توانید یک ذخیره بلند مدت از داروهای حفظ سلامتی در فهرست دارویی برنامه درمانی ما را دریافت کنید. داروهای حفظ سلامتی (داروهای کنترل کننده بیماری) داروهایی هستند که برای عارضه پزشکی مزمن یا بلند مدت به طور مرتب مصرف می کنید.

برخی داروخانه های شبکه به شما اجازه می دهند تا ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را دریافت کنید. ذخیره 100 روزه در ردیف 1، همان سهم ثابت ذخیره یک ماهه را دارد: فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه هایی می باشد که می توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را به شما ارائه بدهند. همچنین می توانید برای دریافت اطلاعات بیشتر با هماهنگ کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از داروها، می توانید 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 داروخانه ای که در شبکه طرح درمانی ما نیست

ما معمولاً هزینه داروهای دریافت شده در داروخانه خارج از شبکه را تنها در صورتی پرداخت می کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما در خارج از منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا می توانید نسخه های خود را به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما دریافت کنید. 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 نسخه ها در داروخانه خارج از شبکه را در موارد زیر پرداخت می کنیم:

- اگر شما قادر به دریافت به موقع یک داروی تحت پوشش در محدوده سرویس دهی ما نیستید چون هیچ داروخانه شبکه ای 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 واجد شرایط یا داروخانه های با خدمات سفارش پستی موجود نمی شود (این داروها شامل داروهای نادر، داروهای گران و خاص، یا سایر داروهای تخصصی می شود)
- بعضی واکسن هایی که در مطب پزشک شما تزریق می شوند و پوشش Medicare بخش B ندارند و قاعدتاً نمی توان آنها را در یک داروخانه شبکه یافت، ممکن است برای دسترسی خارج از شبکه پوشش داشته باشند.
- نسخه هایی که در داروخانه های خارج از شبکه دریافت می شوند 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 ثابت بیمه شده پرداخت کنید. شما می توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست دهید.

اگر هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، به طور کامل پرداخت کنید، ممکن است بتوانید پس از پرداخت هزینه نسخه توسط Medi-Cal Rx، مبلغ را از داروخانه پس بگیرید. از طرف دیگر، می توانید با ارسال درخواست مطالبه



«بازپرداخت هزینه‌های پرداخت شده از جیب (Medi-Cal (Conlan) از Medi-Cal Rx بخواهید هزینه را به شما بازپرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وب سایت Medi-Cal Rx بیابید: [/medi-calrx.dhcs.ca.gov/home](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home).

برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 7** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی 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 اقلایمی می‌شود که تحت پوشش Medicare بخش D هستند.

اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح درمانی شما هستند. سایر داروها، مثل داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً وقتی از طریق Medi-Cal Rx دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی مزایای Medi-Cal یا (BIC) خود را همراهتان بیاورید.

فهرست دارویی ما شامل داروهای مارک دار، داروهای ژنریک و محصولات بیولوژیکی (که ممکن است شامل داروهای بیوسیمیلار [مشابه زیستی] باشد) است.

داروی مارک دار، دارویی است که با نام تجاری ثبت‌شده‌ای که متعلق به شرکت تولیدکننده دارو است، به فروش می‌رسد. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. در فهرست دارویی ما، وقتی به کلمه «داروها» اشاره می‌کنیم، ممکن است به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک از همان ترکیبات فعال داروهای مارک دار ساخته شده‌اند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی به نام بیوسیمیلار دارند. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی اثر می‌کنند و معمولاً ارزان‌تر هستند. بسیاری از داروهای مارک دار، جایگزین ژنریک دارند و برخی از محصولات بیولوژیکی، جایگزین‌های بیوسیمیلار دارند. برخی بیوسیمیلارها، بیوسیمیلار قابل تعویض هستند و بسته به قانون ایالتی ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید برای محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه جایگزین شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند برای داروهای 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/medformulary2026 دیدن کنید. فهرست دارویی در وبسایت ما همیشه جدیدترین است.
- 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.
- از «ابزار مزایای لحظه‌ای» ما در blueshieldca.com/medicare استفاده کنید تا داروها را در «فهرست دارویی» جستجو کرده و برآوردی از میزان پرداخت خود به دست آورید و همچنین بررسی کنید که آیا داروهای جایگزین دیگری در «فهرست دارویی» وجود دارد که بتواند همان بیماری را درمان کند یا خیر. همچنین می‌توانید با هماهنگی کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. با استفاده از این ابزار می‌توانید داروهای موجود در «فهرست دارویی» را جستجو کنید تا تخمینی از مبلغی که می‌پردازید و اینکه آیا داروهای جایگزینی در فهرست دارویی وجود دارد که مناسب درمان همان بیماری باشد، به دست آورید.
- چطور به ابزار بررسی قیمت Rx دسترسی پیدا کنید:
 - یک حساب عضویت آنلاین ایجاد کنید یا وارد حساب شوید.
 - به myblueshield رفته، سپس روی Pharmacy (داروخانه) در زیر Benefits (مزایا) کلیک کنید.
 - در بخش 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 همه داروها را پوشش نمی‌دهیم.

- برخی داروها در فهرست دارویی ما نیستند چون قانون به ما اجازه پوشش آن داروها را نمی‌دهد.
- در موارد دیگر ما تصمیم گرفتیم که دارو را در فهرست دارویی خود قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را دریافت کنید که در فهرست دارویی ما نیست. برای اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید.

طرح درمانی ما برای انواع داروهایی که در این بخش توضیح داده شده است هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. اینها داروهای حذف شده نامیده می‌شوند. اگر نسخه‌ای را برای یک داروی حذف شده دریافت کنید، ممکن است لازم باشد خودتان هزینه آن را پرداخت کنید. اگر فکر می‌کنید که ما باید هزینه داروی حذف شده را به خاطر وضعیت شما پرداخت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرها، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف شده:

1. پوشش داروهای سرپایی طرح ما (که شامل Medicare بخش D می‌شود) برای دارویی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B هستند، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها جزو مزایای داروهای سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.



2. برنامه درمانی ما، دارویی که خارج از آمریکا و قلمروهای آن خریداری شده باشد را پوشش نمی‌دهد.

3. استفاده از دارو باید توسط FDA تایید شود یا توسط مراجع پزشکی خاص به عنوان درمان بیماری شما ذکر شود. پزشک شما یا ارائه دهنده دیگر ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان آن بیماری تایید نشده باشد. این کار «استفاده فاقد برچسب» خوانده می‌شود. برنامه درمانی ما معمولاً داروهایی که برای استفاده فاقد برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.

همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند انواع داروهای ذکر شده در زیر را پوشش دهند.

- داروهای استفاده شده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی*
- داروهای استفاده شده برای منظورات زیباسازی یا تقویت رشد مو
- ویتامین‌ها و فرآورده‌های معدنی تجویز شده، به جز ویتامین‌های دوران بارداری و فرآورده‌های فلورایدی*
- داروهای استفاده شده برای مداوای اختلالات جنسی یا نعوظ
- داروهای استفاده شده برای مداوای بی اشتهایی، 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 از وبسایت Medi-Cal Rx بازدید کنید www.medi-calrx.dhcs.ca.gov تا اطلاعات بیشتری کسب نمایید.

B4. ردیف‌های سهم هزینه فهرست دارویی

هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف قرار دارد. ردیف یا رده، گروهی از داروهای عموماً یکسان است (مثلاً داروهای مارک دار، ژنریک یا داروهای OTC). به طور کلی، هر چقدر ردیف سهم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای آن دارو بیشتر است.

- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی (با کمترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای ژنریک ترجیحی.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 2: داروهای ژنریک - شامل داروهای ژنریک و داروهای بیوسیمیلار.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: داروهای ترجیحی با نام تجاری - شامل داروهای ترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار و برخی داروهای ژنریک است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4: داروهای غیرترجیحی - شامل داروهای غیرترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار، و برخی از داروهای ژنریک می‌باشد.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی (با بیشترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای مارک دار بسیار گران، داروهای بیوسیمیلار و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به پردازش خاص و/یا نظارت از نزدیک داشته باشند.



برای کسب اطلاعات در مورد ردیف سهم هزینه داروی خود، آن دارو را در فهرست دارویی جستجو کنید.

فصل 6 این دفترچه اطلاعاتی اعضا میزان هزینه‌ای را که برای داروهای هر رده پرداخت می‌کنید، ذکر می‌کند.

C. محدودیت‌ها برای برخی از داروها

برای داروهای خاص، مقررات ویژه‌ای وجود دارد که نحوه و زمانی 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 گران تر تاثیر دارد، ما انتظار داریم که ارائه کننده شما از داروی کم هزینه تر را نسخه کند.

توجه داشته باشید که گاهی اوقات یک دارو ممکن است بیش از یک بار در فهرست دارویی ما ظاهر شود. این به این دلیل است که یک دارو می‌تواند بر اساس قدرت اثر، مقدار یا شکل دارویی که توسط ارائه‌دهنده خدمات شما تجویز شده است متفاوت باشد و محدودیت‌های متفاوتی ممکن است برای نسخه‌های مختلف آن دارو اعمال شود (برای مثال، 10 میلی‌گرم در مقابل 100 میلی‌گرم؛ یکبار در روز در مقابل دوبار در روز؛ قرص در مقابل مایع).

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 ارائه‌دهنده خدماتتان فکر می‌کنید که قانون ما نباید در مورد وضعیت شما اعمال شود، از ما بخواهید که با استفاده از فرایند تصمیم‌گیری درباره پوشش، یک استثنا قائل شویم. ما ممکن است موافقت کنیم یا موافقت نکنیم که به شما اجازه استفاده از دارو را بدون انجام اقدامات اضافی بدهیم.

برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثنا، به **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

1. محدودسازی استفاده از داروی مارک دار یا محصولات بیولوژیکی اصلی در مواقعی که یک نسخه قابل جایگزینی با داروی ژنریک یا بیوسیمیلار در دسترس باشد

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

- ما معمولاً هزینه داروی مارک دار 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 یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی برای درمان شما مؤثر نخواهد بود، آن وقت ما داروی مارک دار را پوشش خواهیم داد.
- سهم ثابت بیمه شده شما ممکن است برای داروی مارک دار یا محصول بیولوژیکی اصلی بیشتر از داروی ژنریک یا بیوسیمیلار مشابه آنها باشد.

2. دریافت 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. این موضوع اجازه قبلی خوانده می‌شود. این کار برای اطمینان از ایمنی دارو و کمک به استفاده مناسب از



داروهای خاص انجام می‌شود. اگر اجازه را دریافت نکنید، ممکن است ما دارو را پوشش ندهیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد مجوز قبلی، با شماره خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید یا به وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/medformulary2026 مراجعه کنید.

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 نباشد، آنوقت ما داروی B را پوشش می‌دهیم. این کار درمان گام به گام خوانده می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد درمان گام به گام، با شماره خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید یا به وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/medformulary2026 مراجعه کنید.

4. سقف مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم. این کار سقف مقدار خوانده می‌شود. برای مثال، اگر معمولاً مصرف تنها یک قرص در روز برای یک داروی خاص ایمن تلقی شود، ممکن است ما مقدار دارویی را که هر بار می‌توانید هنگام تمدید نسخه خود دریافت کنید، محدود کنیم.

برای اینکه بفهمید که آیا مقررات فوق به دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید مربوط می‌شوند، فهرست دارویی ما را کنترل کنید. برای آخرین اطلاعات بروز شده، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا از وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/medformulary2026 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 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

D. دلایل عدم پوشش داروی شما

ما تلاش می‌کنیم که پوشش دارویی شما به خوبی برایتان عمل کند ولی گاهی اوقات ممکن است یک دارو به صورتی که شما مایلید تحت پوشش نباشد. برای مثال:

- طرح ما دارویی که شما به خواست خودتان می‌خواهید مصرف کنید را پوشش نمی‌دهد. دارو در فهرست دارویی ما نمی‌باشد. ممکن است نوع ژنریک دارو را تحت پوشش قرار دهیم ولی نوع برند دارو را که می‌خواهید مصرف کنید تحت پوشش قرار ندهیم. دارو ممکن است جدید باشد و ما هنوز ایمنی و تأثیرپذیری آن را بررسی نکرده‌ایم.
- دارو تحت پوشش طرح درمانی ما هست ولی مقررات و محدودیت‌های ویژه‌ای در مورد پوشش آن وجود دارد. همانطوریکه در بخش فوق توضیح داده شد، برخی از داروهای تحت پوشش طرح درمانی ما مقرراتی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. شما یا تجویزکننده شما در برخی موارد ممکن است بخواهید از ما درخواست کنید تا استثنا قائل شدیم.

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:

- سال گذشته در طرح درمانی ما بوده‌اید.

○ ما مقدار موقتی از داروهای شما را در **90 روز اول از یک سال تقویمی** پوشش می‌دهیم.

○ این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است.

○ اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده است، ما چندین تجدید نسخه را برای دریافت مقدار دارو برای حداکثر 30 روز استفاده، اجازه می‌دهیم. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه بپیچید.

○ داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است داروی شما را در هر بار به مقادیر کم تامین کنند تا از اتلاف دارو جلوگیری شود.

- شما عضو جدید طرح درمانی ما هستید.

○ ما مقدار موقتی از داروهای شما را برای **طول 90 روز اول عضویت شما در طرح** ما پوشش می‌دهیم.

○ این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است.

○ اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده است، ما چندین تجدید نسخه را برای دریافت مقدار دارو برای حداکثر 30 روز استفاده، اجازه می‌دهیم. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه بپیچید.

○ داروخانه‌های مراکز مراقبت طولانی مدت ممکن است داروی شما را در هر بار به مقادیر کم تامین کنند تا از اتلاف دارو جلوگیری شود.

- اگر برای بیش از 90 روز عضو برنامه درمانی ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید و فوراً به نخیله دارو نیاز دارید:

○ ما مقدار دارو برای استفاده 31 روزه یا کمتر در صورتیکه نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد را، پوشش می‌دهیم. این علاوه بر تامین موقت فوق است.



D2. درخواست مقدار موقتی از دارو

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

هنگامی که یک ذخیره موقت دارویی را دریافت می‌کنید، باید بلافاصله با ارائه‌کننده 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 ارائه‌کننده 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 ارائه‌کننده شما می‌توانید از ما برای استثنا درخواست کنید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست را پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌کننده شما بگوید که یک دلیل خوب پزشکی برای استثنا دارید، می‌تواند برای دریافت استثنا به شما کمک کند.

D3. درخواست برای استثناء

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

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

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

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



E. تغییر در پوشش داروهای شما

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

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو به اجازه قبلی (PA) (اجازه ما قبل از اینکه بتوانید دارو را دریافت کنید) نیاز است یا نیاز نیست.
 - مقدار دارویی را که دریافت می کنید افزوده یا آنرا تغییر دهیم (سقف مقدار).
 - به محدودیت های 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).
- ما باید قبل از تغییر فهرست دارویی برنامه درمانی خود، از شرایط Medicare پیروی کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این مقررات دارویی، به بخش C مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف می کنید که در ابتدای سال پوشش داده ایم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در باقی سال حذف نکرده یا تغییر نخواهیم داد، مگر آنکه:

- یک داروی جدید و ارزان تر 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 جمع آوری شود.

اگر پوشش دارویی که مصرف می کنید تغییر کند، چه اتفاقی می افتد؟

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اتفاقاتی که با تغییر فهرست دارویی ما رخ می دهد، همیشه می توانید:

- فهرست دارویی فعلی ما را به صورت آنلاین در blueshieldca.com/medformulary2026 بررسی کنید یا
- 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 می گذارد

بعضی تغییرات فهرست دارویی بلافاصله اعمال می شوند. برای مثال:

یک داروی ژنریک جدید موجود شود. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار جدید به بازار عرضه می شود که همان اثر داروی مارک دار 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 مانده یا کمتر خواهد شد. هنگامی که داروی ژنریک جدیدی را اضافه می کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی مارک دار را در فهرست نگه داریم ولی مقررات یا محدودیت پوشش آنرا تغییر دهیم.



○ ممکن است شما را قبل از ایجاد این تغییر آگاه نکنیم ولی اطلاعات مربوط به این تغییر خاص را هنگامی که ایجاد شد برای شما ارسال کنیم.

○ شما یا ارائه کننده شما می‌توانید برای «مستثنی شدن» از این تغییرات درخواست کنید. ما اطلاعیه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که اقدامات برای درخواست استثناء را توضیح می‌دهد. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناءها، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

حذف داروهای نایمن و سایر داروهایی که از بازار خارج شده‌اند گاهی ممکن است یک دارو نایمن تشخیص داده شود یا به دلایل دیگری از بازار جمع‌آوری گردد. اگر این اتفاق بیفتد، ممکن است بلافاصله آن را از فهرست دارویی خود حذف کنیم. اگر دارو را مصرف می‌کنید، ما اعلامیه‌ای را بعد از ایجاد تغییرات برای شما ارسال خواهیم کرد. تجویز کننده شما نیز از این تغییر مطلع خواهد شد و می‌تواند با همکاری شما داروی دیگری را برای بیماری شما پیدا کند.

ممکن است تغییرات دیگری که بر روی داروهایی که مصرف می‌کنید تأثیر دارند را ایجاد کنیم. ما از قبل در مورد تغییرات دیگر در فهرست دارویی 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 بتوانید به جای آن مصرف کنید یا
- اینکه باید برای ادامه پوشش دارو یا نوع دارویی که مصرف می‌کرده‌اید، درخواست استثناء از این تغییرات را داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه درخواست استثناء، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

تغییرات در فهرست دارویی که در طول این سال جاری طرح بر شما تأثیری نمی‌گذارد

ممکن است تغییراتی در داروهایی که مصرف می‌کنید ایجاد کنیم که در بالا توضیح داده نشده و در حال حاضر بر شما تأثیری ندارد. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی را که در ابتدای سال تحت پوشش داشتیم مصرف می‌کنید، معمولاً پوشش آن دارو را در بقیه سال حذف یا تغییر نمی‌دهیم.

برای مثال، اگر دارویی را که مصرف می‌کنید حذف کنیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، این تغییر بر استفاده شما از آن دارو در بقیه سال تأثیری نخواهد داشت.

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

ما شما را مستقیماً از این نوع تغییرات در طول سال جاری مطلع نخواهیم کرد. شما باید فهرست دارویی را برای سال بعدی برنامه درمانی (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.

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



F. پوشش دارویی در موارد ویژه

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

اگر برای مدتی در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بستری شوید و این بستری تحت پوشش طرح ما باشد، معمولاً هزینه داروهای شما در طول اقامتتان را پوشش می‌دهیم. شما هزینه سهم ثابت (copay) پرداخت نخواهید کرد. زمانیکه بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک می‌کنید، ما داروهای شما را تا زمانیکه همه مقررات پوشش بیمه‌ای ما را برآورده کنید، پوشش می‌دهیم.

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

F2. اقامت در مرکز مراقبت 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 یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید، ممکن است بتوانید داروهای خود را از داروخانه همان مرکز دریافت کنید، در صورتی که جزو شبکه ما باشد.

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

F3. اقامت در آسایشگاه پایان عمر دارای مجوز Medicare

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش هم آسایشگاه و هم برنامه درمانی ما نیستند.

- ممکن است در یک برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به برخی داروها (مانند داروهای ضد درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که مرکز مراقبت‌های آسایشگاهی شما آن‌ها را پوشش ندهد، زیرا این داروها به وضعیت بیماری نهایی و شرایط مرتبط با آن مربوط نیستند. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه‌کننده خدمات آسایشگاهی شما اعلانی دریافت کند که دارو با بیماری مرتبط نیست.

- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه شما را بپیچد، از ارائه‌کننده خدمات آسایشگاه بیماران رو به فوت یا تجویزکننده خود بخواهید تا اطمینان حاصل کند که ما اعلان مربوط به نامرتب بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.

در صورت ترک آسایشگاه پایان عمر، برنامه درمانی ما همه هزینه‌های داروئی شما را پوشش می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در مراجعه به داروخانه، هنگام پایان مزایای مراقبت‌های آسایشگاهی Medicare، اسناد را به داروخانه ببرید تا تأیید شود که آسایشگاه را ترک کرده‌اید.

به بخش‌های قبلی این فصل که در مورد داروهای تحت پوشش طرح ما است، مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره مزایای خدمات آسایشگاهی (hospice)، به **فصل 4** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

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

هر بار که یک نسخه را دریافت می‌کنید، ما به مشکلات احتمالی توجه می‌کنیم، از قبیل خطاهای دارویی یا 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
 - ممکن است یک اشتباه در مقدار (دوز) باشد
 - دارای مقادیر ناایمن از داروهای ضد درد مخدر باشند
- اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروها شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه‌کننده شما همکاری می‌کنیم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت 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 ارائه‌کننده خدمات به شما کمک می‌کند تا مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامت شما موثر و کارآمد هستند. اگر واجد شرایط این برنامه هستید، یک داروساز یا یکی از دیگر متخصصان سلامت، بررسی جامعی از همه داروهایتان به شما ارائه می‌کند و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

- چگونه از داروهایی که مصرف می‌کنید بیشترین بهره را ببرید
 - هرگونه نگرانی مانند هزینه داروها و واکنش‌های دارویی
 - بهترین روش برای مصرف داروهایتان
 - هرگونه سوال یا مشکل در مورد داروهای نسخه دار و بدون نسخه شما
- سپس به شما موارد 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 ارائه‌کننده 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 دارو (DMP) برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروهای مخدر

برنامه‌ای داریم 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. 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 تجویز کننده 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 ممکن است ایمن نباشد، احتمال دارد نحوه دریافت آن داروها را محدود کنیم. اگر شما را در برنامه DMP خود قرار دهیم، محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام به دریافت تمامی نسخه‌های این داروها از داروخانه(های) مشخص.
- الزام به دریافت تمامی نسخه‌های داروهای مخدر یا بنزودیازپین از یک تجویز کننده مشخص.
- محدود کردن مقدار داروهای مخدر یا بنزودیازپین که برای شما تحت پوشش قرار می‌دهیم

اگر قصد داشته باشیم نحوه دریافت این داروها یا میزان مجاز دریافت آن‌ها را محدود کنیم، پیشاپیش نامه‌ای برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما اطلاع می‌دهد که آیا پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد یا اینکه باید نسخه این داروها را فقط از یک 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. پس از این‌که فرصت پاسخ‌گویی داشتید، اگر تصمیم بگیریم پوشش این داروها را برایتان محدود کنیم، نامه دیگری برای تأیید این محدودیت‌ها ارسال می‌کنیم.

اگر فکر می‌کنید اشتباهی رخ داده یا با تصمیم یا محدودیت اعمال‌شده موافق نیستید، شما و پزشک تجویز کننده می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. در صورت ارائه درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم جدیدی صادر می‌کنیم. اگر همچنان بخشی از درخواست تجدیدنظر شما را که به محدودیت‌های دسترسی به دارو مربوط می‌شود رد کنیم، پرونده شما به‌طور خودکار برای بررسی به یک سازمان مستقل بررسی (Independent Review Organization, IRO) ارسال خواهد شد. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها و IRO، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.)

DMP ممکن است برای شما اعمال نشود اگر شما:

- شرایط پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری داسی گویچه داشته باشید،
- در حال دریافت خدمات آسایشگاهی، تسکینی، یا پایان عمر هستید، یا
- در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت داشته باشید.



فصل 6: مبلغی که برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می‌کنید

مقدمه

این فصل هزینه‌ای که برای داروهای بیماران سرپایی می‌پردازید را شرح می‌دهد. منظور ما از "داروها":

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

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

برنامه کمک اضافی (Extra Help)، یکی از برنامه‌های Medicare است که به اشخاصی کمک می‌کند که درآمد و منابع محدود دارند تا برای پرداخت هزینه‌های داروهای 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 دفترچه اطلاعاتی اعضا گنجانده شده‌اند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروها، می‌توانید به این منابع مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.
 - ما این فهرست را "فهرست دارویی" می‌نامیم. این فهرست به شما می‌گوید:
 - هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
 - هر دارو در کدامیک از پنج ردیف سهم شدن در هزینه‌ها است
 - آیا هیچگونه محدودیت‌هایی 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/medformulary2026 نیز پیدا کنید.
 - اکثر داروهایی 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/) 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 ذینفع Medi-Cal خود (BIC) را بیاورید.



• **فصل 5** این کتابچه اطلاعاتی اعضا.

- توضیح می‌دهد که چگونه داروهای سرپایی خود را از طریق طرح ما دریافت کنید.
- این فصل شامل مقرراتی می‌باشد که لازم است دنبال کنید. همچنین مشخص می‌کند که کدام نوع داروها تحت پوشش طرح ما نیستند.
- وقتی از «ابزار مزایای لحظه‌ای» طرح برای بررسی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به **فصل 5، بخش B2** مراجعه کنید)، هزینه نمایش داده شده برآوردی از هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما است که انتظار می‌رود شما پرداخت کنید. همچنین شما می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با هماهنگ کننده مراقبت‌های خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید.

فهرست تامین‌کنندگان 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 ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها، داروخانه‌های شبکه ما را فهرست می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه، به **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.



فهرست مطالب

A. شرح مزایا (EOB)	184
B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما	184
C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D	186
D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	186
D1. گزینه های شما برای داروخانه	187
D2. دریافت ذخیره بلند مدت از یک دارو	187
D3. مبلغی که شما باید بپردازید	187
D4. پایان مرحله پوشش اولیه	190
E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی	191
G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید	191
G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید	192
G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید	192



A. شرح مزایا (EOB)

طرح ما سوابق هزینه‌های داروی شما و پرداخت‌هایی که هنگام دریافت نسخه در داروخانه انجام می‌دهید را ثبت می‌کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

- **هزینه پرداخت شده از جیب شما.** این مبلغی می‌باشد که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌های شما می‌پردازند. این شامل مبلغی است که هنگام دریافت یک داروی تحت پوشش بخش D پرداخت کرده‌اید، هرگونه پرداخت برای داروهایتان که توسط خانواده یا دوستان انجام شده باشد، هرگونه پرداخت برای داروهایتان که از طریق طرح کمک اضافی Medicare، برنامه درمانی اتحادیه کارگری یا کارفرما، خدمات بهداشت سرخپوستان (Indian Health Service)، برنامه‌های کمک دارویی برای ایدز، مؤسسات خیریه و بیشتر برنامه‌های ایالتی کمک دارویی (SPAPs) انجام شده باشد.
 - **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 ما پرداخت کرده است یا مبلغی که سایر برنامه‌ها یا سازمان‌ها برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت کرده‌اند.
- هنگامی که داروها را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید، ما خلاصه گزارشی را برای شما ارسال می‌کنیم که شرح مزایا (EOB) خوانده می‌شود. به این گزارش مختصراً EOB می‌گوییم. EOB صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که شما مصرف می‌کنید، مثل افزایش قیمت و سایر داروهای دارای سهم هزینه کمتر، در خود 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 داروهایی می‌باشد که در ماه قبل دریافت کرده‌اید. این گزارش کل هزینه‌های دارویی، مبلغی که پرداخت کردیم و آنچه شما و دیگران بابت شما پرداخت کردند را نشان می‌دهد.
- **جمع کل برای سال از 1 ژانویه.** این مورد مجموع هزینه‌های دارو و مجموع پرداخت‌های شما برای داروها را از ابتدای سال نشان می‌دهد.
- **اطلاعات قیمت دارو.** این مبلغ، قیمت کل دارو و تغییرات قیمت آن از زمان اولین تهیه برای هر نسخه با مقدار مشابه است.
- **جایگزین‌های ارزان‌تر.** در صورت لزوم، اطلاعات مربوط به سایر داروهای موجود با سهم هزینه کمتر برای هر نسخه ارائه می‌شود.

ما پوشش داروهایی که تحت Medicare نمی‌باشد را عرضه می‌کنیم.

- **مبالغ پرداخت‌شده برای این داروها در مجموع هزینه‌های شخصی شما محاسبه نمی‌شوند.**
- **اکثر داروهایی 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.
- **برای کسب اطلاعات در مورد داروهایی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد، به فهرست دارویی ما مراجعه کنید.**

B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما

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



برای نگه 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 هربار 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.

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

- می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو درخواست کنید. نسخه‌هایی از رسیدهای داروهای تحت پوشش که پرداخت کرده‌اید را به ما ارائه دهید. در اینجا مواقعی ذکر می‌شود که باید نسخه‌ای از رسیدهای خود را به ما بدهید:
 - زمانی که یک داروی تحت پوشش را از داروخانه شبکه با قیمت ویژه خریداری کنید یا از کارت تخفیفی استفاده نمایید که بخشی از مزایای طرح ما نیست.
 - هنگامی که سهم ثابت بیمه شده را برای داروهایی 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
 - زمانی که قیمت کامل یک داروی تحت پوشش را تحت شرایط خاص پرداخت می‌کنید.
- برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست بازپرداخت سهم هزینه ما برای دارو، به **فصل 7** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

4. اطلاعات مربوط به مبالغی که دیگران بابت هزینه‌های شما پرداخت می‌کنند را برای ما ارسال کنید.

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 ایدز (ADAP)، خدمات Indian Health Service و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شوند به حساب هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما گذاشته می‌شوند. این موضوع می‌تواند به شما کمک کند تا برای پوشش وضعیت بحرانی واجد شرایط شوید. هنگامیکه وضعیت شما به مرحله پوشش بحرانی می‌رسد، برنامه درمانی ما همه هزینه‌های داروهای Medicare بخش D را برای مابقی سال پرداخت می‌کند.

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

وقتی یک «خلاصه مزایا و پرداخت‌ها» EOB از طریق پست دریافت می‌کنید، اطمینان حاصل کنید که کامل و صحیح است.

- 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؟

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 به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید که ارائه‌کننده‌ای 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 EOB ها را نگه دارید. این‌ها یک سابقه مهم از هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D

دو مرحله برای پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D تحت پوشش برنامه درمانی ما وجود دارد میزان پرداخت شما برای هر نسخه بستگی به مرحله‌ای دارد که هنگام تهیه یا تمدید نسخه در آن قرار دارید. این دو مرحله عبارتند از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه‌شده نامیده می‌شود. شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.	در طول این مرحله، ما کل هزینه داروهای شما را تا 31 دسامبر 2026 پرداخت می‌کنیم. شما این مرحله را زمانی آغاز می‌کنید که مبلغ مشخصی از هزینه‌های پرداخت از جیب را پرداخت کرده باشید.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در طول مرحله اول پوشش، ما سهم هزینه خود از داروهای تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه‌شده نامیده می‌شود. سهم ثابت بیمه شده بستگی به ردیف سهم هزینه‌ای که دارو در آن است و محلی دارد که آن را دریافت می‌کنید.

ردیف سهم هزینه، گروهی از داروها می‌باشند که سهم ثابت یکسان دارند. هر دارویی در فهرست دارویی طرح درمانی ما در یکی از پنج ردیف سهم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هر چقدر شماره ردیف بالاتر باشد، سهم ثابت بیمه شده برای دارو بیشتر است. برای کسب اطلاعات در مورد ردیف سهم هزینه داروهایتان، به فهرست دارویی ما مراجعه کنید.

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



- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی (با کمترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای ژنریک ترجیحی. مبلغ سهم هزینه \$0 است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 2: داروهای ژنریک - شامل داروهای ژنریک و داروهای بیوسیمیلار. مبلغ سهم هزینه \$0 است.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 3: داروهای ترجیحی با نام تجاری - شامل داروهای ترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار و برخی داروهای ژنریک است. مبلغ سهم هزینه بستگی به درآمد شما از \$0 تا \$12.65 می‌باشد.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 4: داروهای غیرترجیحی - شامل داروهای غیرترجیحی مارک دار، بیوسیمیلار، و برخی از داروهای ژنریک می‌باشد. مبلغ سهم هزینه بستگی به درآمد شما از \$0 تا \$12.65 می‌باشد.
- داروهای دارای سهم هزینه ردیف 5: داروهای ردیف تخصصی (با بیشترین ردیف سهم هزینه) - شامل داروهای مارک دار بسیار گران، داروهای بیوسیمیلار و داروهای ژنریک که ممکن است نیاز به پردازش خاص و/یا نظارت از نزدیک داشته باشند. مبلغ سهم هزینه بستگی به درآمد شما از \$0 تا \$12.65 می‌باشد.

D1. گزینه های شما برای داروخانه

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

- داروخانه خرده فروشی عضو شبکه یا
 - داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید. ما در موارد محدود هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش می دهیم. برای اینکه بدانید چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم، به **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
 - خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی ما.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه‌ها، به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** و به فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

D2. 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 دارو تا حداکثر 100 روز است. برای شما همان هزینه ذخیره یک ماهه را دارد.

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

D3. مبلغی که شما باید بپردازید

در طول مرحله پوشش اولیه، ممکن است یک سهم ثابت را هربار که نسخه ای را می پیچید بپردازید. اگر هزینه داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم ثابت بیمه‌شده باشد، شما قیمت کمتر را پرداخت خواهید کرد.



برای کسب اطلاعات در مورد اینکه سهم ثابت بیمه شده شما برای هر داروی تحت پوشش چقدر است با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

سهم شما از هزینه هنگامیکه ذخیره یک ماه داروی تحت پوشش را از محل زیر دریافت می‌کنید:

داروخانه‌های شبکه از شبکه	داروخانه‌های مراکز مراقبت بلند مدت شبکه	خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی ما	داروخانه‌های شبکه	
ذخیره برای حداکثر 30 روز پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.	ذخیره برای حداکثر 31 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز	
\$0 سهم ثابت بیمه شده	\$0 سهم ثابت بیمه شده	خدمت تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در رده 1 ارائه نمی‌شود.	\$0 سهم ثابت بیمه شده	سهم بیمه شده ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)
\$0 سهم ثابت بیمه شده	\$0 سهم ثابت بیمه شده	خدمت تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در رده 2 ارائه نمی‌شود.	\$0 سهم ثابت بیمه شده	سهم بیمه شده ردیف 2 (داروهای ژنریک)
\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	خدمت تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در رده 3 ارائه نمی‌شود.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	سهم بیمه شده ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی)



داروخانه‌های شبکه	خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی ما	داروخانه‌های مراکز مراقبت بلند مدت شبکه	داروخانه‌های خارج از شبکه	
ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 30 روز	ذخیره برای حداکثر 31 روز	ذخیره برای حداکثر 30 روز پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات، به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.	
سهام بیمه شده ردیف 4 (داروهای غیر-ترجیحی)	خدمت تحویل دارو در منزل برای داروهای موجود در رده 4 ارائه نمی‌شود.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	
سهام بیمه شده ردیف 5 (داروهای ردیف تخصصی)	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	

سهم شما از هزینه زمانی که یک داروی تحت پوشش را برای مدت طولانی دریافت می‌کنید از:



خدمات تحویل در منزل برنامه درمانی ما یک دوره بلندمدت یا تا 100 روز دارو	داروخانه‌های شبکه یک دوره بلندمدت یا تا 100 روز دارو	
\$0 سهم ثابت بیمه شده	\$0 سهم ثابت بیمه شده	سهم بیمه شده ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)
\$0 سهم ثابت بیمه شده	\$0 سهم ثابت بیمه شده	سهم بیمه شده ردیف 2 (داروهای ژنریک)
\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس سطح Extra Help (کمک اضافی) که عضو دریافت می‌کند.	سهم بیمه شده ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی)
\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس میزان کمک اضافی (Extra Help) که عضو دریافت می‌کند.	\$0، \$5.10 یا \$12.65 سهم ثابت بیمه شده، بر اساس سطح Extra Help (کمک اضافی) که عضو دریافت می‌کند.	سهم بیمه شده ردیف 4 (داروهای غیر-ترجیحی)
عرضه بلندمدت برای داروهای سطح 5 موجود نیست.	عرضه بلندمدت برای داروهای سطح 5 موجود نیست.	سهم بیمه شده ردیف 5 (داروهای ردیف تخصصی)

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدامیک از داروخانه‌ها می‌توانند ذخیره‌های بلند مدت از دارو را به شما بدهند، به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله اولیه پوشش هنگامی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه‌هایی که از جیب خودتان پرداخت می‌کنید به \$2,100 برسد. در آن مرحله، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. ما همه هزینه‌های داروئی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می‌دهیم.



گزارشات EOB به شما کمک می‌کند که حساب مبالغی که برای داروهای خود در طول سال می‌پردازید را نگهداری و پیگیری کنید. اگر به محدوده \$2,100 برسید به شما اطلاع می‌دهیم. بسیاری از اشخاص در طول یک سال به این محدوده نمی‌رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

هنگامیکه به سقف \$2,100 پرداخت نقدی از جیب برای داروهای نسخه دار خود رسیدید، «مرحله پوشش بحرانی» شروع می‌شود. شما تا پایان سال تقویمی، در مرحله پوشش وضعیت بحرانی باقی خواهید ماند. در طول این مرحله، شما هیچ مبلغی برای داروهای تحت پوشش بخش D پرداخت نمی‌کنید.

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

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

- ممکن است موقعیت‌هایی وجود داشته باشد که بخواهید از پزشک خود درخواست کنید که ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را تجویز کند (برای مثال هنگامی که دارویی را برای اولین بار مصرف می‌کنید).

- اگر پزشک شما موافقت کند، لزومی ندارد که هزینه ذخیره ماه کامل را برای داروهای خاص پرداخت کنید.

هنگامیکه ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را دریافت می‌کنید، هزینه‌ای که پرداخت می‌کنید براساس تعداد روزهایی است که دارو دریافت می‌کنید. ما مبلغی را که در هر روز برای دارو پرداخت می‌کنید ("نرخ سهم هزینه روزانه") محاسبه کرده و آنرا در تعداد روزهایی که دارو دریافت می‌کنید، ضرب می‌کنیم.

- برای مثال: فرض کنید که سهم ثابت بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. بدین معنی که مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 است. اگر ذخیره دارو را 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز، که برای کل پرداختی کمتر از \$0.35 است.

- سهم هزینه روزانه به شما امکان می‌دهد تا قبل از اینکه لازم باشد هزینه تامین دارو برای کل ماه را بپردازید، مطمئن شوید که دارو برای شما مفید و موثر بوده است.

- همچنین می‌توانید از ارائه‌کننده خود بخواهید که مقدار دارو برای کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند تا بتوانید:

- برای زمان دریافت مجدد داروهایتان بهتر برنامه‌ریزی کنید،

- دریافت داروها را با داروهای دیگری که مصرف می‌کنید، هماهنگ کنید، و

- کمتر به داروخانه بروید.

G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید

پیام مهم درباره مبالغی که بابت واکسن می‌پردازید: برخی واکسن‌ها مزایای پزشکی محسوب می‌شوند و تحت پوشش Medicare بخش B هستند. سایر واکسن‌ها داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست دارویی ما پیدا کنید. برنامه درمانی ما بیشتر واکسن‌های Medicare بخش D را بدون هزینه برای شما پوشش می‌دهد. برای جزئیات بیشتر

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



در مورد پوشش و سهم هزینه‌های واکسن‌های خاص به فهرست دارویی برنامه درمانی خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

پوشش واکسن‌های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

1. بخش اول مربوط به هزینه خود واکسن است.
2. بخش دوم مربوط به هزینه تزریق واکسن به شما است. به عنوان مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به صورت تزریقی توسط پزشک خود دریافت کنید.

G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید

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

- ما می‌توانیم اطلاعاتی در مورد نحوه پوشش واکسن شما توسط برنامه درمانی‌مان را به شما ارائه کرده و سهم شما از هزینه را توضیح دهیم.
- ما می‌توانیم شما را راهنمایی کنیم که چگونه با استفاده از داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه هزینه‌های خود را کاهش دهید. داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه توافق کرده‌اند که با برنامه درمانی ما همکاری کنند. ارائه‌کننده شبکه با ما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود که هیچ هزینه‌ای برای واکسن Medicare بخش D پیش روی شما نیست.

G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید

هزینه‌ای که برای واکسن پرداخت می‌کنید به نوع واکسن بستگی دارد (برای چه عارضه‌ای واکسینه می‌شوید).

- برخی واکسن‌ها به جای دارو به عنوان مزایای بهداشتی محسوب می‌شوند. این واکسن‌ها تحت پوشش هستند و هیچ هزینه‌ای برای شما ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش این واکسن‌ها، به جدول مزایا در فصل 4 دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- سایر واکسن‌ها به عنوان داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست دارویی برنامه درمانی ما پیدا کنید. ممکن است لازم باشد که سهم ثابت بیمه شده برای واکسن‌های Medicare بخش D را بپردازید. اگر واکسن توسط سازمانی به نام کمیته مشورتی شیوه‌های ایمن‌سازی (ACIP) برای بزرگسالان توصیه شده باشد، واکسن هیچ هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

در اینجا سه روش معمول دریافت واکسن Medicare بخش D ذکر می‌شود.

1. شما واکسن Medicare بخش D و تزریق واکسن خود را در یک داروخانه شبکه دریافت کنید.

- برای بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.
- برای سایر واکسن‌های بخش D، برای واکسن یک سهم ثابت پرداخت می‌کنید.

2. واکسن Medicare بخش D را در مطب پزشکتان دریافت کنید و پزشکتان واکسن را به شما تزریق کند.

- برای واکسن یک سهم ثابت بیمه شده به پزشک خود پرداخت می‌کنید.
- طرح درمانی ما، هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می‌کند.



- در این شرایط مطب پزشک باید با طرح درمانی ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که آنها می‌دانند که شما فقط باید برای واکسن سهم ثابت بیمه شده را بپردازید.
- 3. شما خود واکسن Medicare بخش D را از یک داروخانه دریافت کرده و آنرا برای تزریق به مطب پزشکتان ببرید.
- برای بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه‌ای برای خود واکسن پرداخت نمی‌کنید.
- برای سایر واکسن‌های بخش D، برای واکسن یک سهم ثابت پرداخت می‌کنید.
- طرح درمانی ما، هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می‌کند.



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

مقدمه

در این فصل، اطلاعات لازم در مورد چگونگی و زمان ارسال صورتحساب برای ما جهت درخواست پرداخت در اختیارتان قرار می‌گیرد. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر را در صورتی که با تصمیم پوشش موافق نیستید به شما می‌گوید. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A. درخواست از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای شما.....	195
B. ارسال درخواست پرداخت برای ما.....	198
C. تصمیم‌گیری در مورد پوشش‌ها.....	199
D. تجدیدنظرها.....	200



A. درخواست از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای شما

ارائه کنندگان شبکه پس از ارائه خدمات و داروهای تحت پوشش به شما باید صورتحساب آن را برای برنامه درمانی ارسال کنند. ارائه کننده داخل شبکه با برنامه درمانی همکاری دارد.

ما به ارائه کنندگان Blue Shield TotalDual Plan اجازه نمی‌دهیم که برای این خدمات یا داروها برای شما صورتحساب صادر کنند. ما هزینه ارائه کنندگان خود را مستقیماً پرداخت می‌کنیم و از شما در مقابل هرگونه مطالبه هزینه، محافظت می‌کنیم.

اگر برای کل هزینه مراقبت درمانی یا داروها صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را پرداخت نکنید و آن را برای ما ارسال کنید. برای ارسال صورتحساب به ما، به فصل 7، بخش B مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش باشند، هزینه را مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش ما باشد و شما قبلاً بیش از سهم خود از هزینه را پرداخت کرده باشید، این حق شماست که این مبلغ به شما بازپرداخت شود.
 - اگر شما برای خدمات تحت پوشش Medicare هزینه‌ای پرداخت کرده‌اید، ما آن را به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر برای خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید هزینه‌ای پرداخت کرده‌اید، در صورتی که تمام شرایط زیر را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط بازپرداخت (برگشت هزینه پرداخت شده به شما) باشید:
 - خدمات دریافت شده جزو خدمات تحت پوشش Medi-Cal باشد که ما مسئول پرداخت آن هستیم.
 - برای خدماتی که تحت پوشش Blue Shield TotalDual Plan نیست، هزینه‌ای را به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.
 - شما خدمات تحت پوشش را بعد از اینکه واجد شرایط عضویت در Blue Shield TotalDual Plan شدید دریافت کنید.
 - شما برای بازپرداخت ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش درخواست کنید.
 - شما مدرکی را ارائه کنید که ثابت کند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده اید، از قبیل رسید مشروح از ارائه کننده.
 - شما خدمات تحت پوشش را از ارائه کننده Medi-Cal دریافت کنید که در شبکه Blue Shield TotalDual Plan ثبت نام کرده باشد. اگر مراقبت‌های اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی را دریافت کرده‌اید که Medi-Cal اجازه می‌دهد از ارائه کنندگان خارج از شبکه بدون تاییدیه قبلی (اجازه قبلی) دریافت کنید، لزومی ندارد که این شرط را برآورده کنید.
- اگر خدمات تحت پوشش در حالت عادی به پیش اجازه (اجازه قبلی) نیاز دارد، شما باید مدرکی را از سوی ارائه کننده ارائه کنید که ضرورت پزشکی برای خدمات تحت پوشش را نشان دهد.
- Blue Shield TotalDual Plan در نامه‌ای که «اعلامیه اقدامات» خوانده می‌شود، در مورد اینکه بازپرداخت به شما صورت خواهد گرفت، اطلاع‌رسانی خواهد شد. اگر همه شرایط فوق را برآورده کنید، ارائه کننده عضو Medi-Cal باید مبلغی که پرداخت کرده اید را به طور کامل به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه کننده از بازپرداخت خودداری کند، Blue Shield TotalDual Plan مبلغی که پرداخت کردید را به طور کامل به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف



45 روز کاری پس از دریافت درخواست مطالبه، به شما بازپرداخت می‌کنیم. اگر ارائه‌کننده عضو Medi-Cal بوده ولی در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت به شما خودداری کند، Blue Shield TotalDual Plan به شما بازپرداخت خواهد کرد ولی تا حداکثر مبلغی که FFS Medi-Cal پرداخت می‌کند. Blue Shield TotalDual Plan هزینه کاملی که از جیب خودتان برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی پرداخت کنید که Medi-Cal اجازه می‌دهد توسط ارائه‌کنندگان خارج از شبکه بدون اجازه قبلی دریافت کنید را بازپرداخت خواهد کرد. اگر یکی از شرایط فوق را برآورده نکنید، ما به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

• در موارد زیر مبلغ را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد:

○ خدماتی را درخواست کرده و دریافت کرده باشید که تحت پوشش Medi-Cal نباشند، از قبیل خدمات زیبایی.

○ این خدمات جزو خدمات تحت پوشش Blue Shield TotalDual Plan نباشد.

○ به پزشکی مراجعه کنید که Medi-Cal را قبول نمی‌کند و فرمی را امضاء کرده باشید که می‌خواهید به هر حال معاینه شوید و خودتان هزینه خدمات را پرداخت خواهید کرد.

• اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر سوالی دارید 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 به شما 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.

نمونه‌هایی از مواردی که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورتحسابی که دریافت کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم عبارتند از:

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

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 هزینه باید به ارائه‌کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.

○ اگر قبلاً بیش از سهم خود از هزینه برای خدمات Medicare پرداخت کرده‌اید، ما مبلغی که بدهکار هستید را محاسبه کرده و سهم هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

2. هنگامی که ارائه‌کننده شبکه برای شما صورتحساب بفرستد

ارائه‌کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند. مهم است که هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی عضو خود را نشان دهید؛ با این حال، گاهی اوقات 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.



- به‌عنوان عضو طرح، زمانی که خدمات تحت پوشش ما را دریافت می‌کنید، فقط سهم ثابت بیمه شده را پرداخت می‌کنید. ما به تامین کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که بیشتر از این مقدار برای شما صورتحساب صادر کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه کننده برای خدمات مطالبه کرده صادق است. حتی اگر تصمیم بگیریم که هزینه برخی مطالبات را نپردازیم، همچنان شما آنها را پرداخت نخواهید کرد.
- هر زمان که صورتحسابی را از یک ارائه کننده شبکه دریافت کردید که فکر می‌کنید بیش از مقداریست که باید بپردازید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.
- اگر قبلاً صورتحساب یک ارائه کننده شبکه را بابت خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت کرده‌اید ولی احساس می‌کنید که بیش از حد پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک هر مبلغ پرداخت شده را برای ما ارسال کنید. ما 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 کرده‌اید

- 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. هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.
 - برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5** این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.
 - ممکن است تفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت کردید و مبلغی که در داروخانه درون شبکه پرداخت خواهیم کرد را به شما بازپرداخت نکنیم.

5. هنگامی که 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.
 - هنگامیکه از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را 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 درخواستی برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش ارسال کنید (به فصل 9، دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید).

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

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

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

اگر درخواست را قبول نکنیم، شما می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست پرداخت برای ما

صورتحساب و هرگونه مدرک مبالغ پرداخت شده بابت خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت شده می‌توانید 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 مطالبه پزشکی خود را ظرف یک سال از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت کرده‌اید 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.

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:

مطالبات پزشکی:

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

مطالبات داروهای نسخه دار بخش D:

رسیدگی به مطالبات

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

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 شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفته شود که طرح ما خدمات، اقلام یا داروها را پوشش دهد و شما از مقررات دریافت آن پیروی کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک بابت سهم خود از هزینه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر هزینه کامل دارو را پرداخت کنید، ممکن است مبلغ کامل پرداخت شده به شما بازپرداخت نشود (برای مثال، اگر دارویی را در داروخانه خارج از شبکه دریافت کرده‌اید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت مذاکره شده ما باشد). اگر شما مبلغ را پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه کننده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مقررات دریافت خدمات تحت پوشش را توضیح می‌دهد. **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مقررات دریافت داروهای تحت پوشش Medicare بخش D را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم بگیریم که سهم خود از هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای را حاوی دلایل تصمیم برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه حقوق شما را نیز در مورد درخواست تجدیدنظر شرح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیم‌های مربوط به پوشش، به **فصل 9** مراجعه کنید.



D. تجدیدنظرها

اگر فکر می‌کنید که در 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** این دفترچه/اطلاعاتی/عضا مراجعه کنید:

- برای تجدیدنظر بازپرداخت برای خدمات مراقبت درمانی، به **بخش F** مراجعه کنید.
- برای تجدیدنظر بازپرداخت برای دارو، به **بخش G** مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه *اطلاعاتی/عضوا* گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند.....	202
B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش.....	202
C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات شخصی و بهداشتی شما.....	203
C1. نحوه محافظت از PHI شما.....	204
C2. شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید.....	204
D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما.....	205
E. عدم توانایی ارائه‌دهندگان شبکه در ارسال مستقیم صورت‌حساب برای شما.....	206
F. حق شما در خروج از برنامه درمانی ما.....	206
G. حقوق شما در مورد تصمیم‌گیری برای مراقبت درمانی خود.....	206
G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری‌هایتان.....	206
G2. حق شما برای بیان خواسته‌هایتان در صورتی که نتوانید شخصاً درباره مراقبت‌های بهداشتی خود تصمیم‌گیری کنید.....	207
G3. اگر به دستورالعمل‌های شما عمل نشود، چه اقداماتی باید انجام دهید.....	208
H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیماتمان.....	208
H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد.....	208
I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه.....	209



A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات بالینی و غیربالینی به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس بودن، به شما ارائه می‌شوند از جمله برای کسانی که دارای مهارت محدود انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومیتی متنوع هستند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیارتان قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما موظفیم هر سال که در طرح ما عضو هستید، شما را از حقوقتان آگاه کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگ کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی سنتی، چینی ساده، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به Blue Shield TotalDual Plan، P.O. Box 927، Woodland Hills، CA 91365-9856 نامه ارسال کنید.
- شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield 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 1-800-633-42274) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370 کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش

به عنوان یکی از اعضای برنامه درمانی ما، شما دارای حقوقی هستید.

- شما حق دارید که یک ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه کننده شبکه با ما همکاری دارد. در فصل 3 دفترچه اطلاعاتی/اعضا، می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره انواع ارائه کنندگانی که می‌توانند به عنوان PCP انتخاب شوند و نحوه انتخاب PCP را بیابید.
- برای کسب اطلاعات در مورد شبکه ارائه کنندگان و پزشکانی که بیمار جدید قبول می‌کنند با هماهنگ کننده مراقبت خود یا خدمات مشتریان تماس گرفته یا به فهرست تامین کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

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



- شما حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص سلامت زنان بروید. ارجاع به معنی تاییدیه PCP شما برای استفاده از خدمات پزشکی ارائه‌کننده‌ای است که PCP شما نیست.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کنندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
 - این موضوع شامل حق دریافت به موقع خدمات از سوی متخصصین می‌باشد.
 - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید که خدمات اضطراری یا نیاز فوری به مراقبت 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 ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- هنگامی که ابتدا عضو برنامه درمانی ما می‌شوید، در صورتیکه شرایط خاصی برآورده شود، شما حق خواهید داشت که ارائه‌کنندگان و اجازه‌های فعلی استفاده از خدمات خود را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1** دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود تصمیمات مراقبت‌های درمانی خود را بگیرید.

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

C. مسئولیت ما در محافظت از اطلاعات شخصی و بهداشتی شما

ما از اطلاعات بهداشتی و شخصی شما بنابر الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما (PHI) شامل اطلاعات شخصی 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 «سیاست‌های حفظ اسرار» خوانده می‌شود.

اعضایی که می‌توانند برای دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت اجازه از هیچ عضو دیگری برای دریافت این خدمات یا ارائه درخواست پرداخت (claim) بابت خدمات حساس نیستند. Blue Shield TotalDual Plan ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن تعیین‌شده 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 دریافت‌کننده 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

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند معتبر خواهد بود. برای درخواست یک رونوشت از سیاست‌های حفظ اسرار ما یا درخواست قرار دادن ارتباط محرمانه در پرونده شما، می‌توانید یکی از اقدامات زیر را انجام دهید:

1. به blueshieldca.com بروید و روی پیوند Privacy (محرمانگی) در پایین صفحه اصلی کلیک کنید. در آنجا می‌توانید سیاست‌های حفظ اسرار و فرم درخواست ارتباطات محرمانه را بیابید.
2. با شماره تلفن خدمات مشتریان روی کارت شناسایی عضویت Blue Shield خود تماس بگیرید.
3. توسط شماره رایگان (888) 8080-266 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:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت خدمات مراقبتی طرح درمانی ما را بررسی کنند.
- ما ممکن است اطلاعات سلامت حفاظت‌شده (PHI) را در صورت صدور دستور از سوی دادگاه افشا کنیم، اما تنها در صورتی که این امر طبق قوانین ایالت کالیفرنیا مجاز باشد.
- ما باید PHI شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای Medicare بخش D شما را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای اهداف پژوهشی یا سایر موارد استفاده در میان بگذارد، اینکار را مطابق با قوانین فدرال انجام خواهند داد.

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

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده‌های خود رونوشت بگیرید. ممکن است برای رونوشت گرفتن از سوابق پزشکی از شما هزینه دریافت کنیم.
- شما حق دارید که از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را بروزآوری یا تصحیح کنیم. اگر از ما بخواهید که این کار را بکنیم، ما با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی شما همکاری کرده تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند.
- شما حق دارید از اینکه آیا اطلاعات PHI شما در اختیار دیگران قرار گرفته است و نحوه اشتراک‌گذاری آن برای اهدافی که عادی نیستند، آگاه شوید.

اگر سؤالات یا نگرانی‌هایی در مورد محرمانگی اطلاعات PHI خود دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.



D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما

به عنوان عضوی از طرح ما، شما این حق را دارید که در مورد طرح ما، شبکه ارائه کنندگان ما و خدمات تحت پوشش اطلاعاتی از ما دریافت کنید.

اگر به انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به سؤالاتی که در مورد برنامه درمانی ما داشته باشید ارائه می‌کنیم. برای دریافت مترجم شفاهی، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان هستند. دفترچه اطلاعاتی اعضا و سایر مطالب مهم به زبان‌های غیر از انگلیسی موجود می‌باشند. مطالب را می‌توان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی ساده، چینی سنتی، فارسی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، می‌ین، 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
 - نحوه خروج از برنامه درمانی ما
- شبکه ارائه کنندگان ما و داروخانه‌های شبکه ما
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی
 - صلاحیت ارائه کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - نحوه پرداخت هزینه به ارائه کنندگان در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
 - خدمات (به فصل 3 و 4 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید) و داروهای (به فصل 5 و 6 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش طرح درمانی ما
 - محدودیت‌های پوشش و داروهای شما
 - مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات کنید
- دلیل عدم پوشش یک مورد و اقداماتی که درباره آن می‌توانید انجام دهید (به فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید)، از جمله درخواست از ما برای:
 - ارائه دلیل کتبی درباره علت عدم پوشش یک مورد



- ایجاد تغییر در تصمیمی که اتخاذ کرده ایم
- پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید

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 یک ارائه‌کننده شبکه تلاش کند هزینه‌ای را برای خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.

F. حق شما در خروج از 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 دارویی Medicare بخش D را از یک برنامه دارویی یا از یک برنامه MA دیگر دریافت کنید.
- به **فصل 10 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید:
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید به برنامه جدید مزایای MA یا داروها ملحق شوید.
 - برای اطلاع از نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک برنامه درمانی ما.

G. حقوق شما در مورد تصمیم‌گیری برای مراقبت درمانی خود

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

G1. حقوق شما برای اطلاع از انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری‌هایتان

ارائه‌کنندگان شما باید بیماری‌ها و گزینه‌های درمانی شما را به صورتی توصیف کنند که برای شما قابل فهم باشد. حقوق قانونی شما از این قرار است:

- از **گزینه‌های خود آگاه باشید**. شما حق دارید که از همه گزینه‌های مداوا آگاه باشید.
- از **خطرات آگاه باشید**. شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. اگر خدمات یا 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 سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید، ما شما را از برنامه درمانی خود کنار نمی‌گذاریم. ولی اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، شما مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید را به عهده می‌گیرید.

- از ما بخواهید توضیح دهیم که چرا ارائه‌کننده قبول نکرده است خدمات مراقبتی ارائه کند. شما حق دارید در صورتیکه ارائه‌کننده قبول نکرد مراقبتی را ارائه کند که فکر می‌کنید باید دریافت کنید از ما توضیح بخواهید.
- از ما درخواست کنید که خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولاً تحت پوشش نیست را پوشش دهیم. این موضوع تصمیم پوشش خوانده می‌شود. فصل 9 این دفترچه اطلاعاتی/اعضا نحوه درخواست از ما برای تصمیم پوششی را توضیح می‌دهد.

G2. حق شما برای بیان خواسته‌هایتان در صورتی که نتوانید شخصاً درباره مراقبت‌های بهداشتی خود تصمیم‌گیری کنید

گاهی اوقات اشخاص نمی‌توانند در مورد مراقبت درمانی خودشان تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین چیزی برایتان پیش بیاید، می‌توانید:

- یک فرم کتبی را پر کنید تا به یک فرد این حق را بدهید که در صورت عدم توانایی شما در تصمیم‌گیری برای خودتان در مورد مراقبت‌های درمانی برای شما تصمیم بگیرد.
 - به پزشکان خود در مورد اینکه اگر نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید دستورات کتبی بدهید که می‌خواهید چطور به مراقبت درمانی شما رسیدگی شود از جمله درباره مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید انجام شود.
- این سند قانونی که از آن برای ارائه دستورات خود استفاده می‌کنید، «فرم دستورالعمل قبلی» خوانده می‌شود. انواع مختلفی از فرم دستورات پیشرفته وجود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونه‌هایی از جمله وصیت پایان حیات و وکالت نامه برای مراقبت درمانی. شما الزامی به داشتن دستورالعمل قبلی ندارید، اما می‌توانید آن را داشته باشید. اگر می‌خواهید از فرم دستورالعمل قبلی استفاده کنید، در ادامه نحوه انجام آن را توضیح داده‌ایم:

- فرم را دریافت کنید. می‌توانید فرم را از یک پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه‌های لوازم اداری دریافت کنید. داروخانه‌ها و مطب‌های ارائه‌کنندگان اغلب این فرم‌ها را دارند. همچنین می‌توانید فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا کرده و دانلود کنید. همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان تماس گرفته و برای فرم درخواست کنید.
- فرم را تکمیل و امضا کنید. این فرم یک سند قانونی محسوب می‌شود. یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP خود را در نظر داشته باشید تا در تکمیل فرم به شما کمک کند.
- نسخه‌هایی از فرم را به اشخاصی بدهید که لازم است از آن آگاه باشند. یک نسخه از فرم را به پزشکتان بدهید. همچنین باید نسخه‌ای از آن را به شخصی بدهید که انتخاب کرده‌اید تا اگر خودتان نمی‌توانید، برای شما تصمیم‌گیری کند. ممکن است بخواهید که نسخه‌هایی از آنرا به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بدهید. یک نسخه از آن را در خانه نگه دارید.
- اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضاء کرده‌اید و در بیمارستان بستری شدید، یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.
 - بیمارستان از شما خواهد پرسید که آیا فرم دستورالعمل قبلی را امضاء کرده‌اید و آیا آن را به همراه دارید.
 - اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضاء نکرده باشید، بیمارستان فرم‌هایی را در اختیار دارد و از شما سؤال خواهد کرد که آیا می‌خواهید آن را امضاء کنید.

حقوق قانونی شما از این قرار است:



- دستورالعمل قبلی خود را در سابق پزشکی‌تان قرار دهید.
 - دستورالعمل قبلی خود را تغییر داده یا لغو کنید.
 - اطلاعاتی را در مورد تغییرات در قوانین دستورالعمل قبلی دریافت کنید. Blue Shield TotalDual Plan در کمتر از 90 روز بعد از ایجاد تغییرات در قوانین ایالتی به شما اطلاع خواهد داد.
- بر اساس قانون، هیچ کس نمی‌تواند مراقبت از شما را رد کند یا بر اساس اینکه آیا دستورالعمل قبلی را امضا کرده‌اید یا نه، علیه شما تبعیض قائل شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر، با خدمات مشتری تماس بگیرید.

G3. اگر به دستورالعمل‌های شما عمل نشود، چه اقداماتی باید انجام دهید

اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضاء کردید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌های شما را رعایت نکرده‌اند، می‌توانید به برنامه Commence Health (سازمان بهبود کیفیت کالیفرنیا) به شماره (711) TTY: 588-1123 (877) تماس بگیرید یا با نشانی زیر مکاتبه کنید: Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدید نظر در تصمیماتمان

فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا به شما می‌گوید که اگر در مورد مراقبت‌ها یا خدمات تحت پوشش مشکلات یا نگرانی‌هایی داشتید باید چه کار کنید. برای مثال می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم، برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوششی درخواست تجدیدنظر 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 با شما برخورد ناعادلانه‌ای شده است – و این موضوع مربوط به تبعیض بر اساس دلایل ذکر شده در **فصل 11** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا نیست – یا اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود داشته باشید، می‌توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

- خدمات مشتریان.
- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره (711) TTY: 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر درباره HICAP، به **فصل 2 بخش E** مراجعه کنید.
- بازرس Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید «حقوق و حمایت‌های Medicare» را که در وبسایت www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf به آدرس www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf در دسترس است را مطالعه و دانلود کنید.)



۱. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه

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

- **دفترچه اطلاعاتی/اعضا** را برای کسب اطلاعات در مورد موارد تحت پوشش طرح درمانی ما و مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات شوند، مطالعه کنید. برای جزییات مربوط به:
 - خدمات تحت پوشش، به **فصل 3 و 4** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید. این فصل‌ها اطلاعاتی را در مورد موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند و مقرراتی که لازم است مراعات کنید و هزینه‌ای که باید پرداخت کنید در اختیار شما قرار می‌دهند.
 - داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و 6** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش درمانی یا دارویی دیگری که دارید را به ما بگویید.** 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 و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.**
 - اطلاعاتی که لازم دارند را در مورد شما و بهداشت شما به آنها بدهید. تا جاییکه ممکن است با مشکلات درمانی خود آشنا شوید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی را که شما و ارائه‌کنندگان شما با آنها موافق هستید مراعات کنید.
 - مطمئن شوید که پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان از همه داروهایی که مصرف می‌کنید آگاهی دارند. این موضوع شامل داروها، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
 - هر سوالی دارید بپرسید. پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان باید موضوعات را به صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سؤال کردید و پاسخ برایتان قابل درک نیست، دوباره سؤال کنید.
- **با هماهنگی‌کننده 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 برای بیشتر اعضای Blue Shield TotalDual Plan، حق بیمه‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B شما را پرداخت می‌کند.



- برای برخی داروهای تحت پوشش برنامه درمانی ما، شما باید سهم خود از هزینه را در هنگام دریافت دارو بپردازید. این مبلغ به‌صورت سهم ثابت بیمه شده (copay) خواهد بود. **فصل 6** اطلاعاتی را در مورد هزینه‌ای که برای داروهای خود باید بپردازید به شما ارائه می‌کند.
- اگر خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند، باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید. (توجه: اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. 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 هماهنگی‌کننده 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** این دفترچه اطلاعاتی اعضا در مورد منطقه خدماتی ما به شما توضیحاتی ارائه می‌دهد.
- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دریابید که آیا به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید. در طول دوره ثبت نام ویژه، می‌توانید به Original Medicare تغییر برنامه داده یا در برنامه درمانی یا دارویی 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 شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal، به **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی اعضا 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 نقل مکان می‌کنید، به تامین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی راه آهن) اطلاع بدهید.
- اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- اگر سؤال یا نگرانی‌هایی دارید برای دریافت کمک با هماهنگی‌کننده 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، اقامت 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 داده‌اند 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 ارائه می‌دهد ولی همیشه می‌توانید برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود با «برنامه بازرسی» تماس بگیرید. برای دسترسی به منابع بیشتر به منظور رسیدگی به نگرانی‌های خود و راه‌های تماس با آنها، به فصل 2 دفترچه اطلاعاتی/عضا خود مراجعه کنید.



فهرست مطالب

A.	اگر مشکل یا نگرانی داشتید باید چه کار کنید	214
A1	درباره عبارات قانونی.....	214
B.	مکان دریافت کمک	214
B1	برای اطلاعات و کمک بیشتر	214
C.	درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما	216
D.	مشکلات مربوط به مزایای شما	216
E.	تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش	216
E1	تصمیمات مربوط به پوشش	216
E2	تجدیدنظرها	217
E3	کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش	217
E4	کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟	218
F.	Medical care	219
F1	استفاده از این بخش	219
F2	درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش	220
F3	درخواست تجدیدنظر مرحله 1	221
F4	درخواست یک تجدیدنظر سطح 2	224
F5	مشکلات مربوط به پرداخت هزینه	230
G.	داروهای Medicare بخش D	232
G1	تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش بخش D از Medicare	232
G2	استثنای Medicare بخش D:	233
G3	نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استثنا دانست	235
G4	درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش از جمله درخواست استثنا	235
G5	درخواست یک تجدیدنظر مرحله 1	238
G6	درخواست یک تجدیدنظر سطح 2	240



H.	درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان.....	241
H1.	کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما.....	242
H2.	درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....	243
H3.	درخواست یک تجدیدنظر سطح 2.....	245
I.	درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی مشخص.....	246
I1.	اطلاع رسانی پیش از پایان پوشش خود.....	246
I2.	درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....	246
I3.	درخواست یک تجدیدنظر سطح 2.....	248
J.	ادامه درخواست تجدیدنظر بعد از مرحله 2.....	249
J1.	مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare.....	249
J2.	دیگر تجدیدنظرهای Medi-Cal.....	250
J3.	مراحل تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی بخش D Medicare.....	251
K.	نحوه تسلیم شکایت.....	252
K1.	شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد.....	252
K2.	شکایات داخلی.....	253
K3.	شکایات بیرونی.....	255



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 ساده‌تر 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 نیست. HICAP مشاورین کارآموزی دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند. شماره تلفن HICAP، 1-800-434-0222 می‌باشد.

دریافت کمک از برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal



شما می‌توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش درمانی خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. آنها ممکن است بتوانند کمک قانونی رایگان ارائه دهند. برنامه بازرسی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی 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:

- با 1-800-MEDICARE (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 کمک از اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا

بازرس کل مراقبت‌های هم‌هنگ 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 داده اید 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 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 دیدن کنید.

سازمان مراقبت‌های درمانی هم‌هنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های خدمات درمانی است. اگر علیه برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با شرکت بیمه خود به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس گرفته و قبل از تماس با این سازمان از روال رسیدگی به 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 رضایت‌بخش توسط برنامه درمانی‌تان 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 بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا درمانی، پوشش‌های درمانی که ماهیت تجربی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شوند. این بخش همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای کسانی است که مشکلات شنوایی و گفتاری دارند. وبسایت اینترنتی این اداره به نشانی www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.



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

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

E. تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

روال درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش و درخواست تجدیدنظر به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش شما برای مراقبت پزشکی (خدمات، اقدام و داروهای بخش B، شامل پرداخت) می‌پردازد. برای ساده‌سازی، ما معمولاً به اقدام پزشکی، خدمات و داروهای 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. شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش درخواست دهید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا ممکن است از ارائه مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید به آن نیاز دارید خودداری کنیم. اگر می‌خواهید قبل از انجام خدمات پزشکی بدانید که آیا ما آن‌ها را پوشش می‌دهیم یا نه، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم پوششی بگیریم.

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



ما هنگام بررسی یک درخواست خدمت یا یک درخواست پرداخت، تصمیم‌گیری درباره پوشش را انجام می‌دهیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک خدمت یا دارو تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد یا دیگر برای شما پوشش داده نشود. اگر با این تصمیم در رابطه با پوشش موافق نبودید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. تجدیدنظرها

اگر ما تصمیمی درباره پوشش اتخاذ کنیم و شما از این تصمیم رضایت نداشته باشید، می‌توانید نسبت به آن تصمیم «درخواست تجدیدنظر» کنید. تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی و تغییر تصمیم پوششی که گرفته‌ایم است.

هنگامی که برای اولین بار در مورد یک تصمیم 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 سریع تری دارید، می‌توانید از اداره مراقبت‌های درمانی مدیریت شده در www.dmhca.gov درخواست بررسی 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 «تصمیم‌گیری سریع پوشش» یا «تجدیدنظر سریع» یا تسریع در رابطه با تصمیم پوششی را داشته باشید.

اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش مراقبت پزشکی Medicare باشد، این نامه به شما خواهد گفت که برای تجدیدنظر سطح 2، پرونده شما را به سازمان بررسی مستقل (IRO) ارسال کردیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare بخش D یا Medicaid باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک درخواست تجدیدنظر مرحله 2 را تسلیم کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرهای مرحله 2 به بخش F4 مراجعه کنید.

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

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

می‌توانید از هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- خدمات مشتریان از طریق تماس با شماره‌های انتهای صفحه
- تماس با برنامه بازرس 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 در مورد تجدیدنظرهای مربوط به خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورتحساب به افراد کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا گنگ می‌توانند با تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت DMHC به آدرس www.dmhca.gov دیدن کنید. اگرچه DMHC می‌تواند به افرادی که در طرح‌های Medi-Cal مدیریت شده عضو هستند کمک کند، اما نمی‌تواند به افرادی که فقط در طرح‌های Medicare عضو هستند و همچنین در سامانه‌های بهداشت سازمان‌یافته کانتی (County) دیدن کنند.

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



Partnership Health Plan, Gold (Organized Health Systems, COHS) زیر عضو هستند، کمک کند: CalOptima, Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health. دولت فدرال برنامه‌های Medicare را تنظیم می‌کند و اداره خدمات مراقبت درمانی، برنامه‌های COHS را تنظیم می‌کند.

- **پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان.** پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان می‌توانند برای تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر از سوی شما درخواست کنند.
- **یکی از اعضای خانواده یا دوستان** می‌توانید از فرد دیگری بخواهید که به عنوان "نماینده" از سوی شما اقدام کند و برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کرده یا درخواست تجدیدنظر کند.
- **وکیل.** شما حق داشتن وکیل را دارید، اما برای درخواست در زمینه تصمیم‌گیری برای 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 بازرس 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 انتهای 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 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 بیمارارن سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)).

اگر مطمئن نیستید که کدام بخش برای شما کاربردی است، از طریق شماره‌های انتهای 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. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست اقامت طولانی تر در بیمارستان، لطفاً به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت پزشکی است که در **فصل 4** این دفترچه *اطلاعاتی/اعضا* در جدول مزایا توضیح داده 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 **Medicare** بخش **B** چگونه از قوانین خدمات و اقلام پزشکی 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 نیاز شما 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 کرده‌اید که فکر می‌کنید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.
چه کار می‌توانید بکنید: شما می‌توانید در مورد تصمیم ما در خصوص عدم پرداخت درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.
 4. شما درمان پزشکی را دریافت و بابت آن هزینه پرداخت کردید و فکر کردید ما آن را پوشش می‌هیم 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. در دریافت مراقبت با تاخیر مواجه شده‌اید یا نمی‌توانید یک پزشک پیدا کنید.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید شکایت تنظیم کنید. به بخش K2 مراجعه کنید.

F2. درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش

وقتی که یک تصمیم در خصوص پوشش، درمان پزشکی شما را تحت تاثیر قرار می‌دهد، 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: 1-800-452-4413 تماس بگیرید.

• 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 ظرف مدت اعلام شده در زیر، به شما یک پاسخ می‌دهیم:

• 5 روز کاری بعد از اینکه درخواست شما را برای خدمات یا ارقام پزشکی که تابع مقررات اجازه قبلی ما هستند، دریافت کردیم.

• 5 روز کاری و نه دیرتر از 14 روز تقویمی بعد از اینکه درخواست شما را برای سایر خدمات یا ارقام پزشکی دریافت کردیم.

• 72 ساعت بعد از اینکه درخواست شما برای داروهای Medicare بخش B را دریافت کردیم.

تصمیم مربوط به پوشش سریع

عبارت حقوقی برای «تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش» عبارت است از «تصمیم تسريع شده».

زمانی که شما از ما درخواست یک تصمیم مربوط به پوشش درباره درمان پزشکی خود دارید که نیازمند پاسخ سریع است، از ما درخواست «تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش» بکنید. تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش به این معناست که ما پاسخ شما را ظرف مدت اعلام شده در زیر، ارائه خواهیم داد:

• 72 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را برای یک خدمت یا آیتم پزشکی دریافت کردیم.

• 24 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را برای داروهای Medicare بخش B دریافت کردیم.



شما باید دو شرط زیر را برای دریافت امکان تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش برآورده کنید:

- شما درخواست پوشش برای اقلام پزشکی و/یا خدماتی را دارید 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 تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش 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 درخواست تجدیدنظر خواهید رفت (به بخش F3 مراجعه کنید).
- در شرایط محدود ممکن است درخواست شما برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را نادیده بگیریم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. مثالهایی از موقعیتی که یک درخواست رد می‌شود شامل موارد زیر است:

- اگر درخواست کامل نباشد،
- اگر شخصی که از جانب شما ایجاد درخواست کرده است به صورت قانونی اجازه چنین کاری را نداشته باشد، یا
- اگر شما درخواست کنید که درخواستتان لغو شود.

اگر ما یک درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را نادیده بگیریم، یک اطلاعیه حاوی توضیح دلیل رد شدن درخواست و چگونگی درخواست برای بررسی عدم پذیرش برای شما می‌فرستیم. به این بازبینی درخواست تجدیدنظر گفته می‌شود. در مورد تجدیدنظرها در بخش بعدی بحث می‌شود.

F3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

برای شروع تجدیدنظر، شما، پزشک شما یا تجویز کننده دیگری یا نماینده مجاز شما باید با ما تماس بگیرید. با ما با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.



برای «تجدیدنظر متعارف» یا «تجدیدنظر سریع» از طریق کتبی یا تماس با از طریق شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.

- اگر دکترتان یا شخص تجویزکننده دیگری درخواست ادامه خدمات یا آیتمی را کند که شما از قبل در طول 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 قبل از مهلت خود برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
 - ما درخواست شما را رد می‌کنیم، و
 - یک اطلاعیه کتبی برای شما می‌فرستیم که حاوی توضیح حق شما برای درخواست از IRO برای بررسی تصمیم ما در خصوص رد درخواست تجدیدنظر شما است.
 - شما باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ 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 وخیمی 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 تسريع شده" است.

- اگر به تصمیمی که ما درباره پوشش مراقبت گرفته‌ایم اعتراض کنید، شما و/یا پزشکتان می‌توانید درخواست رسیدگی سریع بدهید.
- اگر دکتر شما به ما بگوید به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم است، ما به صورت خودکار یک "تصمیم مربوط به پوشش سریع" به شما می‌دهیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تجدیدنظر سریع را دریافت کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که سلامتی شما شرایط تجدیدنظر سریع را برآورده نمی‌کند، 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 آیتم‌هایی هستیم که شما قبلاً دریافت می‌کردید، ممکن است بتوانید در مدت زمان تجدیدنظر خود آن خدمات را همچنان دریافت کنید.
- اگر ما تصمیم به تغییر یا توقف پوشش یک سرویس یا آیتم‌هایی بگیریم که شما دریافت می‌کنید، قبل از اقدام یک اطلاعیه برای شما می‌فرستیم.
- اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید تجدیدنظر سطح 1 تنظیم کنید.
- اگر شما برای تجدیدنظر سطح 1 درخواست کنید ما تا مدت 10 روز تقویمی از تاریخ نامه شما یا تاریخ اجرایی موثر تعیین‌شده، هر کدام که دیرتر است، پوشش سرویس یا آیتم را ادامه می‌دهیم.
- اگر مهلت مقرر را رعایت کنید، خدمت یا آیتم مورد نظر بدون تغییر و در حالی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در جریان است، به شما ارائه خواهد شد.
- همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که موضوع اعتراض شما نیستند) بدون تغییر به شما ارائه می‌شوند.
- اگر پیش از این تاریخ‌ها اعتراض نکنید، ارائه خدمت یا آیتم شما تا زمان صدور تصمیم اعتراض ادامه خواهد 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 با توجه به 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 Medicaid 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 Medicare بخش B است که دریافت نکردید، ما پاسخ خود را ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر شما، یا اگر با توجه به وضعیت سلامتی شما لازم باشد، زودتر به شما می‌دهیم.
 - 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 در بخش F4 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 ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا اگر با توجه به شرایط سلامتی شما لازم باشد، در زمانی سریعتر و ظرف 72 ساعت بعد از اینکه تصمیم خود را تغییر دادیم، یا ظرف 7 روز تقویمی از تاریخی که ما درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کردیم، در صورتیکه درخواست شما مربوط به داروهای Medicare بخش B باشد، پوششی را که موافقت کردیم، تایید یا ارائه کنیم.

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 ما به بخشی یا به کل درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهیم، برایتان نامه‌ای ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما خواهد گفت که آیا خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal می‌باشند یا هر دو برنامه.

- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً پوشش می‌دهد، ما پرونده شما را به محض اینکه تجدیدنظر مرحله 1 کامل شد، به طور خودکار برای مرحله 2 روال تجدیدنظر ارسال خواهیم کرد.



- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که **Medi-Cal** معمولاً پوشش می‌دهد، خودتان می‌توانید یک تجدیدنظر مرحله 2 را تسلیم کنید. این نامه نحوه انجام این کار را به شما می‌گوید. همچنین بعداً اطلاعات بیشتری در این فصل قرار می‌دهیم.
 - اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که هم **Medicare** و هم **Medi-Cal** ممکن است پوشش دهند، به صورت خودکار یک تجدیدنظر مرحله 2 از **IRO** دریافت می‌کنید. علاوه بر تجدیدنظر خودکار مرحله 2 شما همچنین می‌توانید برای دادرسی ایالتی و یک بازبینی مستقل **Medical** با ایالت درخواست دهید. با این حال، اگر که قبلاً مدرکی در «دادرسی ایالتی» ارائه کرده باشید امکان «بازبینی مستقل پزشکی» وجود ندارد.
 - اگر زمانی که تجدیدنظر مرحله 1 را تنظیم کردید برای ادامه دریافت تسهیلات واجد صلاحیت شناخته شدید، همچنین ممکن است تسهیلات شما برای خدمات و اقلام یا داروی تحت تجدیدنظر در زمان مرحله 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات مربوط به ادامه تسهیلات شما در زمان تجدیدنظر مرحله 1، به بخش **F3** مراجعه کنید.
 - اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلام تحت پوشش **Medicare** می‌باشد، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول روال تجدیدنظرهای مرحله 2 توسط **IRO** ادامه پیدا خواهند کرد.
 - اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که فقط تحت پوشش **Medi-Cal** می‌باشد، مزایای شما برای آن خدمات ادامه می‌یابد اگر ظرف 10 روز تقویمی بعد از دریافت نامه تصمیم ما اقدام به تجدیدنظر مرحله 2 کنید.
- وقتی مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medicare می‌باشد.**
- IRO تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد.**

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» (**Independent**) Independent Review Organization, **IRO** نامیده می‌شود.
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 Medicare بخش B است IRO باید **ظرف 7 روز** تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر، به تجدیدنظر مرحله 2 شما پاسخی 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 ظرف مدت اعلام شده در زیر، برای داروهای Medicare بخش B تحت نزاع مجوز صادر یا آنها را ارائه کنیم:
 - ظرف **72 ساعت** بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد را دریافت کردیم، یا
 - ظرف **24 ساعت** بعد از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های تسریع شده را دریافت کردیم.
 - اگر IRO 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" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" خوانده می‌شود.
 - اگر پرونده شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید به درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.
 - در روال تجدیدنظر سه مرحله 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) اداره خدمات مراقبت مدیریت شده (DMHC)

می‌توانید شکایتی را به مرکز کمک DMHC تسلیم کرده یا برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) درخواست نمایید. با تنظیم یک شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی خواهد کرد. DMHC تحقیقات خود را در مورد شکایت شما انجام خواهد داد یا تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده برای IMR واجد شرایط است یا خیر. بررسی پزشکی مستقل (IMR) ممکن است برای هر یک از خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی داشته باشد، در دسترس باشد. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط کارشناسانی می‌باشد که بخشی از 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.

در موارد زیر می‌توانید یک شکایت تنظیم کنید یا برای IMR درخواست دهید، اگر برنامه درمانی ما:

- یک خدمت یا درمان Medi-Cal را رد کند، تغییر دهد یا به تأخیر بیندازد به این دلیل که آن را از نظر پزشکی ضروری نداند.
- یک مداوی Medi-Cal تجربی یا تحقیقاتی را برای یک عارضه پزشکی وخیم پوشش ندهد.
- در مورد ماهیت زیبایی یا ترمیمی بودن یک خدمت یا روش جراحی با شما دچار اختلاف شود.
- هزینه خدمات اورژانسی یا فوری Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت نخواهد شد.
- به تجدیدنظر مرحله 1 شما در مورد خدمات Medi-Cal ظرف مدت 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت یا سریعتر، برای تجدیدنظر سریع در مواردی که سلامتی شما ایجاب می‌کند، رسیدگی نکند.

در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست برای IMR به ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد روال تجدیدنظر سطح 1 به بخش F3 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید با DMHC یک شکایت تنظیم کنید یا از مرکز پشتیبانی DMHC برای IMR درخواست کنید.

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 از طریق 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 می‌توانید برای IMR و دادرسی ایالتی درخواست کنید، اما اگر قبلاً مدرکی در مورد همان موضوع را در یک جلسه دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید یا در همان رابطه جلسه رسیدگی ایالتی داشته باشید، مجاز به مراجعه به IMR نیستید.

اگر مداوی شما مورد قبول قرار نگرفته است چون تجربی یا تحقیقاتی بوده است، نیازی نیست که قبل از درخواست برای IMR، از طریق فرایند درخواست تجدیدنظر ما اقدام کنید.

اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما ایجاد می‌کند یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید فوراً و بدون انجام مراحل تجدیدنظر ما درخواست خود را به DMHC اطلاع دهید.

شما باید ظرف 6 ماه بعد از اینکه تصمیم کتبی در مورد تجدیدنظر را برای شما ارسال می‌کنیم برای IMR درخواست کنید. پس از گذشت 6 ماه، DMHC ممکن است درخواست شما را به دلایل موجهی بپذیرد، مثلاً شما یک بیماری پزشکی داشتید که مانع از ثبت درخواست IMR در عرض 6 ماه شده باشد یا اینکه اطلاع کافی از سمت ما در مورد روند IMR دریافت نکرده باشید.

برای تسلیم شکایت یا درخواست برای IMR:

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- فرم IMR/شکایت موجود در آدرس زیر 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 هیچ گونه مدرکی 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 IMR/شکایت و هرگونه مدارک پیوست را برای DMHC ارسال کنید:
ارسال آنلاین: نحوه تسلیم شکایت
ارسال از طریق پست یا فکس:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
فکس: 916-255-5241

ظرف 7 روز، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و تأییدیه نامه دریافت شده را برای شما ارسال می‌کند. اگر DMHC تشخیص دهد که پرونده برای IMR واجد شرایط است، تصمیم IMR ظرف 30 روز پس از دریافت تمام اسناد مورد نیاز اتخاذ خواهد شد.

اگر مورد شما فوری است و برای IMR واجد شرایط باشید، معمولاً ظرف مدت 7 روز بعد از دریافت همه اسناد لازم، تصمیم IMR اتخاذ خواهد شد.

اگر از نتیجه IMR ناراضی هستید، هنوز می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

اگر DMHC همه سوابق پزشکی مورد نیاز را از شما یا پزشک معالج شما دریافت نکند، IMR ممکن است بیشتر طول بکشد. اگر از پزشکی استفاده می‌کنید که در شبکه برنامه درمانی شما نیست، اهمیت دارد که سوابق پزشکی را از پزشکتان دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. برنامه درمانی شما لازم است که نسخه‌هایی از سوابق پزشکی شما را از پزشکانی که در شبکه هستند دریافت نماید.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط نیست، DMHC پرونده شما را از طریق فرآیند شکایت مشتریان معمولی خود بررسی می‌کند. شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از ارسال درخواست تکمیل شده حل شود. اگر شکایت شما فوری باشد، زودتر به آن رسیدگی می‌شود.

(2) دادرسی عادلانه ایالتی



شما می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی کنید. اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری خدمات یا اقلامی را درخواست کند که ما آن را تأیید نمی‌کنیم، یا پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی که قبلاً داشتید را ادامه ندهیم و به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده باشیم، شما حق درخواست دادرسی ایالتی دارید.

در بیشتر موارد شما **120 روز** پس از اینکه اعلامیه «تصمیم نامه تجدیدنظر» برای شما پست شد **فرصت دارید تا درخواست دادرسی ایالتی کنید.**

توجه: اگر چون به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر می‌کند یا متوقف می‌شود درخواست دادرسی ایالتی کنید، اگر در حالی که دادرسی ایالتی شما در جریان است می‌خواهید همچنان سرویسها را دریافت کنید، **روزهای کمتری برای ارسال درخواست خود دارید.** برای اطلاعات بیشتر، عنوان «آیا تسهیلات من در طول درخواست‌های تجدیدنظر مرحله 2 ادامه خواهد داشت» را در صفحه 256 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.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO بخواهید دوباره تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند را بررسی کنند. همچنین می‌توانید با آنها از طریق شماره [887-6668 (855) TTY: 588-1123 (877)] 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 می خواهند گفت.

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

- ما باید از ظهر روز بعد از روزی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی را به شما پس دهیم.

- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را برای شما ارائه خواهیم کرد.

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

- آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی دهند.
- آنها 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.

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 پزشکی جواب **مثبت** 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 **جواب منفی** دهد، 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" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" 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 ارائه دهندگان درون شبکه خود اجازه نمی‌دهیم برای خدمات و موارد تحت پوشش به شما صورتحساب بدهند. این امر حتی اگر هزینه‌ای کمتر از هزینه‌های ارائه‌دهنده برای یک سرویس یا اقلام تحت پوشش به ایشان پرداخت کنیم، صادق است. شما هرگز ملزم



به پرداخت مبلغ هیچ صورتحسابی نیستید. تنها مبلغی که باید از شما درخواست شود، همان سهم ثابت بیمه شده برای رده 3 است: داروهای برند ترجیحی، رده 4: داروهای غیرترجیحی و رده 5: داروهای رده تخصصی.

اگر برای خدمات و اقلام تحت پوشش صورتحسابی بیش از مبلغ سهم ثابت بیمه شده دریافت کردید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. صورتحساب را خودتان پرداخت نکنید. ما مستقیماً با ارائه کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم. اگر صورتحساب را پرداخت کنید، اگر از قوانین دریافت خدمات یا اقلام پیروی کنید، می‌توانید از طرح ما بازپرداخت دریافت کنید.

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

اگر درخواست بازپرداخت کنید، در واقع درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را ارائه می‌کنید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا سرویس یا اقلامی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید پوشش داده شده است یا خیر و آیا شما تمام قوانین استفاده از پوشش خود را رعایت کرده‌اید.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه آن خدمات یا اقلام را معمولاً در مدت 30 روز تقویمی اما نه دیرتر از 60 روز تقویمی پس از درخواست شما ارسال می‌کنیم.

- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداخت را مستقیماً برای 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 **بله** 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 آن را توضیح می‌دهیم.

اگر با تصمیم ما در مورد عدم پرداخت موافق نیستید، می‌توانید **درخواست تجدیدنظر کنید**. از روال تجدیدنظری که در **بخش F3** 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 پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما «نه» 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 **بله** 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 **منفی** 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. شما نامه‌ای دریافت خواهید کرد که حقوق تکمیلی که در رابطه با تجدیدنظر ممکن است داشته باشید را برای شما توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد 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 Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما شامل پوشش برای بسیاری از داروها می‌شود. بیشتر این موارد داروهای Medicare بخش D هستند. تعداد کمی دارو وجود دارد که Medicare بخش D پوشش نمی‌دهند 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 "دارو 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 علائم پزشکی مورد قبول به فصل 5 این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا مراجعه کنید.

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 اطلاعیه‌ای 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 «تخصیص 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 دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا می‌خواهید که از قاعده یا محدودیتی در مورد دارویی که پوشش می‌دهیم صرف‌نظر 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.	می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده اید و هزینه آنرا پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کنیم.	به شما گفته ایم که هزینه دارو را به صورتی که می‌خواهید پوشش داده شده یا پرداخت شود پوشش نداده یا پرداخت نخواهیم کرد.
می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)	می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید.	می‌توانید از ما بخواهید که آنرا به شما بازپرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)	می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (بدین معنی که از ما برای تجدید نظر درخواست می‌کنید.)
با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش‌های G3 و G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G5 مراجعه کنید.

G2. استثنای Medicare بخش D:

اگر دارو را به صورتیکه 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. درخواست برای مبلغ پرداختی کمتر برای یک داروی غیرترجیحی تحت پوشش، گاهی اوقات درخواست «استثنای رده بندی» نامیده می‌شود.

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

1. پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست

- اگر قبول کنیم که استثنا قائل شده و دارویی را که در فهرست دارویی ما نیست پوشش دهیم، شما مبلغ سهم ثابت بیمه شده را که به داروهای ردیف 4 مربوط می‌شوند پرداخت می‌کنید: ردیف داروهای غیرترجیحی.
- شما نمی‌توانید استثنای بابت مبلغ سهم لازم خود برای دارو دریافت کنید.



2. 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** 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 ثابت بیمه شده خود برای دارو تقاضای استثنا کنید.

3. تغییر پوشش یک دارو به ردیف سهم هزینه بالاتر یا پایین‌تر. هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف سهم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هرچه تعداد رده سهم هزینه کمتر باشد، مبلغی که شما باید پرداخت کنید کمتر است.

- **فهرست دارویی** ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای مداوای یک عارضه خاص است. این داروها "ثانوی" خوانده می‌شوند.
- اگر یک داروی ثانوی برای وضعیت پزشکی شما نسبت به دارویی که مصرف می‌کنید دارای ردیف سهم هزینه کمتری است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه داروی ثانوی پوشش دهیم. این کار باعث کاهش مبلغ سهم ثابت بیمه شده شما برای دارو می‌شود.
 - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک محصول بیولوژیکی است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین سطح داروهای ثانوی بیولوژیکی مناسب شرایط شما پوشش دهیم.
 - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی مارک دار است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین سطح داروهای ثانوی برند مناسب شرایط شما پوشش دهیم.
 - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی ژنریک است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ سهم هزینه برای کمترین سطح داروهای ثانوی ژنریک مناسب شرایط شما پوشش دهیم.
- شما نمی‌توانید از ما بخواهید که ردیف سهم هزینه را برای هیچ دارویی در رده 5 تغییر دهیم: داروهای ردیف تخصصی
- اگر ما درخواست شما برای استثنای رده بندی را تأیید کنیم و بیش از یک ردیف کمتر از سهم هزینه با داروهای جایگزینی که نمی‌توانید مصرف کنید وجود داشته باشد، معمولاً شما کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید.



G3. نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای 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 سریع تر، اطلاعاتی را از پزشک خود یا تجویز کننده دیگر در هنگام درخواست برای استثنا در جوف قرار دهید.

فهرست داروئی ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای مداوای یک عارضه خاص است. این داروها "ثانوی" خوانده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین اثر همان دارویی را داشته باشد که درخواست می‌کنید و اثرات جانبی یا سایر مشکلات سلامتی را ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای استثنا را تایید نمی‌کنیم. اگر از ما درخواست استثناء رده بندی بکنید، ما معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی‌کنیم، مگر اینکه همه داروهای جایگزین در ردیف(های) سهم هزینه کمتر به این صورت اثر برای شما نکنند یا ممکن است باعث یک واکنش نامطلوب یا آسیب دیگری شود.

ما می‌توانیم به درخواست شما پاسخ مثبت یا منفی بدهیم.

- اگر به درخواست شما برای استثنا پاسخ مثبت بدهیم، استثنا معمولاً تا آخر سال تقویمی ادامه پیدا می‌کند. این موضوع تا زمانیکه پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای مداوای عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند صدق می‌کند.
- اگر به درخواست استثنای شما پاسخ منفی بگوییم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. در صورتی که پاسخ ما منفی باشد برای اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر به بخش **Section G5** مراجعه کنید.
- بخش بعدی به شما می‌گوید که چطور برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید که شامل استثنا می‌شود.

G4. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش از جمله درخواست استثنا

- برای نوع تصمیم پوشش مورد نظر خود با تماس با (TTY: 711) 1-800-452-4413 یا به صورت کتبی یا ارسال فکس از ما درخواست کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویز کننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه خود را وارد کنید.
- شما یا پزشک شما (یا تجویز کننده دیگر) یا فرد دیگری که از سوی شما اقدام می‌کند می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.
- برای اطلاع از نحوه معرفی شخصی دیگر به عنوان نماینده خود به بخش **E3** مراجعه کنید.
- لزومی ندارد که به پزشک خود یا تجویز کننده دیگری اجازه کتبی بدهید تا از ما برای تصمیم مربوط به پوشش از سوی شما درخواست کند.
- برای اینکه از ما بخواهید که مبلغ یک دارو را به شما بازپرداخت کنیم، به **فصل 7 دفترچه / اطلاعاتی / اعضا** مراجعه کنید.
- اگر برای یک استثنا درخواست می‌کنید یک "گزارش تکمیلی" به ما بدهید. گزارش تکمیلی شامل دلایل پزشکی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر برای استثنای دارویی است.
- پزشک شما یا تجویز کننده دیگر 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 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

- فرم‌های اعضا را انتخاب کنید
 - درخواست تخصیص پوشش را بصورت آنلاین شروع کنید
 - می‌توانید فرآیند را برای دریافت مجوز قبلی یا استثناء شروع کنید.
- اگر با توجه به وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از ما درخواست کنید که به شما یک «تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش» 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.

"تصمیم‌گیری سریع برای پوشش" را "تخصیص پوشش تسريع شده" می‌گویند.

می‌توانید یک تصمیم سریع در مورد پوشش دریافت کنید اگر که:

- برای دارویی باشد که شما دریافت نکرده‌اید. اگر از ما بخواهید هزینه دارویی را که قبلاً خریده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید تصمیم سریع در مورد پوشش دریافت کنید.
 - اگر از مهلت‌های متعارف استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما به طور جدی آسیب ببیند.
- اگر پزشک یا تجویزکننده دیگری به ما اطلاع دهد که وضعیت سلامتی شما مستلزم تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش است، درخواست شما را طبق جدول زمانی تصمیم‌گیری سریع بررسی خواهیم کرد. ما نامه‌ای حاوی این اطلاعات برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر بدون حمایت پزشک خود یا تجویزکننده دیگری برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش به شما تعلق می‌گیرد یا نه.
 - اگر تصمیم بگیریم که عارضه پزشکی شما شرایط تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش را برآورده نمی‌کند، در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
- ما نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که به شما اطلاع می‌دهد از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.
 - می‌توانید یک شکایت سریع را تسلیم کرده و 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 نکرده اید

- 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 خریده اید

- ما باید پاسخ خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها خواهیم فرستاد تا IRO آن را بررسی کند.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما پله باشد، ما ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت 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 می شود.

- تجدیدنظر استاندارد یا سریع خود را با تماس با شماره (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) می توانید 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 نامه ای که برای آگاه سازی شما از تصمیم ارسال می داریم برای تجدیدنظر درخواست کنید.
- اگر شما این مهلت را از دست بدهید و برای سپری شدن این مهلت دلیل مناسبی داشته باشید، ممکن است فرصت بیشتری را برای درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم. مثال هایی از دلایل مناسب مانند مواردی است که شما به بیماری وخیمی مبتلا بوده اید یا ما اطلاعاتی اشتباه در مورد مهلت زمانی به شما داده باشیم. در زمان درخواست تجدیدنظر خود دلیل تاخیر تجدیدنظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشک شما همچنین می توانید اطلاعات بیشتری را در حمایت از تجدیدنظر خود به ما بدهید.

اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، برای "تجدیدنظر سریع" درخواست کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع «تشخیص مجدد تسريع شده» نیز نامیده می شود.

- اگر به خاطر تصمیم ما در مورد دارویی که دریافت نکرده اید درخواست تجدیدنظر می کنید، شما و پزشک شما یا تجویز کننده دیگر لازم است که تصمیم بگیرید آیا به "تجدیدنظر سریع" نیاز خواهید داشت.
- شرایط «تجدیدنظر سریع» همان شرایط «تصمیم گیری سریع در مورد پوشش» می باشند. برای اطلاعات بیشتر به بخش **G4** مراجعه کنید.

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

- ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و دوباره با دقت به همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما توجه می کنیم.
- ما به این موضوع توجه می کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام دادن پاسخ **خیر** به درخواست شما مراعات کرده ایم یا خیر.
- ممکن است با شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

مهلت های تجدیدنظر سریع در مرحله 1

- زمانی که از مهلت های سریع استفاده می کنیم، باید پاسخ خود را ظرف **72 ساعت** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم.



- اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها بفرستیم.
- سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازبینی و فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.

- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید مثبت باشد، باید پوششی را که موافقت کردیم ارائه دهیم ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.

مهلت‌های تجدیدنظر متعارف در مرحله 1

- اگر ما از مهلت‌های متعارف استفاده کنیم باید ظرف مدت 7 روز تقویمی بعد از اینکه درخواست تجدیدنظر شما را برای دارویی که دریافت نکردید، دریافت کردیم پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر دارو را دریافت نکرده باشید و برای وضعیت سلامتی شما لازم باشد، تصمیم خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد. اگر فکر می‌کنید برای وضعیت سلامتی شما لازم است برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.
- اگر تصمیمی را ظرف 7 روز تقویمی به شما ندهیم، باید درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها بفرستیم.
- سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازبینی و فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما بله باشد:

- باید پوششی را که توافق کردیم به شما بدهیم طبق ضرورت سلامت شما فوراً به شما بدهیم ولی نباید بیشتر از 7 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر شما باشد.
- ما باید هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما بازپرداخت کنیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما خیر باشد:

- نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.
- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که تهیه کرده اید ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر تصمیمی را ظرف 14 روز تقویمی به شما ندهیم، درخواست شما را به مرحله 2 روال تجدیدنظرها خواهیم فرستاد. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازبینی و فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه موضوعات مورد درخواست شما بله باشد، ما ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان به شما بازپرداخت می‌کنیم.



- اگر به بخشی یا همه درخواست شما جواب **خیر** بدهیم، نامه‌ای حاوی توضیح دلایل و نحوه درخواست تجدیدنظر برایتان ارسال خواهیم کرد.

G6 درخواست یک تجدیدنظر سطح 2

اگر پاسخ ما به تجدیدنظر مرحله 1 شما **خیر** باشد، سپس می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا این تصمیم را قبول کنید یا تجدیدنظر دیگری را درخواست کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، از فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 استفاده کنید. **IRO** هنگامی که به اولین درخواست تجدیدنظر شما **نه** گفته باشیم تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی "سازمان بررسی مستقل" (**Independent Review Entity**) (**IRO**) 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 پبه شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد **IRO** به بخش **F4** مراجعه کنید.

مهلت‌های تجدیدنظر سریع در مرحله 2

اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از **IRO** برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.

- اگر آنها با تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید پاسخی را **ظرف 72 ساعت** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما بدهند.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید **مثبت** باشد، باید پوشش دارویی را که تایید کردیم **ظرف 24 ساعت** بعد از دریافت تصمیم **IRO** ارائه کنیم.

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 **پله** باشد:
- باید پوشش دارویی را که تایید کردیم **ظرف 72 ساعت** بعد از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.
 - ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که تهیه کرده اید ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.
 - اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **خیر** بدهد، بدین معنی است که با تصمیم ما در عدم تصویب درخواست شما موافق هستند. این "تصمیم عدم تایید" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" خوانده می شود.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می کنید حداقل ارزش دلاری را برآورد کند، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می دهید کمتر از حداقل لازم باشد، نمی توانید درخواست تجدیدنظر دیگری ارایه دهید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر مرحله 2 نهایی است. IRO نامه ای برای شما ارسال می کند که شما را در جریان حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر سطح 3 را به قرار می دهد.
- اگر ارزش دلاری درخواست شما شرایط را برآورده کند، شما انتخاب می کنید که آیا می خواهید به درخواست تجدید نظر خود ادامه دهید.
- در روال تجدیدنظر سه مرحله اضافی مختلف بعد از مرحله 2 وجود دارد.
 - اگر IRO به تجدیدنظر مرحله 2 شما جواب **متفی** دهد و شما شرایط ادامه دادن روال تجدیدنظر را برآورده کنید، شما:
 - تصمیم می گیرید که می خواهید درخواست تجدیدنظر مرحله 3 کنید.
 - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 3 به نامه ای که IRO برای شما ارسال کرده مراجعه می کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تجدیدنظر مرحله 3، 4 و 5 به **بخش J** مراجعه کنید.

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

هنگامی که در بیمارستان پذیرفته می شوید، شما حق دارید که همه خدمات بیمارستانی که ما پوشش داده و برای تشخیص بیماری و مداوای بیماری یا مصدومیت شما لازم هستند را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی برنامه درمانی ما، به **فصل 4** این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.



پزشک شما و پرسنل بیمارستان در طول اقامت پوشش داده شده شما در بیمارستان با شما همکاری کرده تا برای 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 برای اقامت طولانی‌تری در بیمارستان درخواست 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 «یک پیام مهم از Medicare درباره 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 هریک از کارکنان بیمارستان برای آن درخواست کنید. اگر اطلاعات بیشتری نیاز دارید، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- این اعلامیه را با دقت مطالعه کرده و اگر موضوعی را متوجه نمی‌شوید سؤال 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.
 - 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 شده اید.
- 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. امضا کردن به این معنا نیست که شما با تاریخ ترخیصی که پزشک یا کارکنان بیمارستان ممکن است به شما اعلام کرده باشند، موافقت دارید.
- نسخه خود از اعلامیه امضاء شده را نگه دارید تا در صورت لزوم اطلاعات را در دسترس داشته باشید.



اگر بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید، اعلامیه را امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر دریافت خواهید کرد.

میتوانید نسخه‌ای از این اعلامیه را از قبل مشاهده کنید اگر که:

- از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید
- با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به آدرس www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im مراجعه کنید.

H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

برای درخواست ادامه پوشش خدمات بستری بیمارستانی خود برای مدت طولانی‌تر، اعتراض ثبت 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. آنها بخشی از برنامه درمانی ما نیستند.

QIO در کالیفرنیا، Commence Health است. همچنین می‌توانید با آنها از طریق شماره [TTY: (855) 887-6668] (877) 588-1123 تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه، «یک پیام مهم از 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 برای ادامه اقامت در بیمارستان توجه نکند یا اینکه شما فکر می‌کنید که وضعیت شما فوری است، تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما وجود دارد، یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید شکایتی را برای سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) ارسال کرده و از آنها بخواهید یک بررسی مستقل پزشکی انجام دهند. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی 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 تسريع شده» است.

آنچه در طول بررسی سریع اتفاق می افتد

- 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 از طریق تماس با خدمات مشتریان به شماره قید شده در پایین صفحه یا (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE یک نمونه دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید به یک نمونه اعلامیه آنلاین در www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im 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، ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را برای شما 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.
- ممکن 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 ارایه بدهید.

H3. درخواست یک تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO بخواهید دوباره تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند را بررسی کنند. همچنین می‌توانید با آنها از طریق شماره [TTY: (855) 887-6668] 588-1123 (877) 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:

- 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، ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را برای شما 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.



۱. 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 یک مرکز 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.

۱.۱ اطلاع‌رسانی 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 اعلامیه تاریخ توقف پوشش مراقبت شما و نحوه اعتراض به تصمیم ما را به شما اعلام می‌کند.

شما یا نماینده شما باید اعلامیه را امضاء کنید تا نشان دهید که آنرا دریافت کرده اید. امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

۱.۲ درخواست تجدیدنظر مرحله ۱

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 ۱ 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 دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- از آنها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که آیا تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.

- **سریع 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» به درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات بهداشتی و درمانی توجه نکند یا اینکه شما فکر می‌کنید که وضعیت شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما وجود دارد یا اگر درد شدیدی دارید، می‌توانید شکایتی را برای سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) ارسال کرده و از آنها بخواهید یک بررسی مستقل پزشکی انجام دهند. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC به بخش F4 مراجعه کنید.

عبارت حقوقی برای اعلامیه کتبی «اعلامیه عدم پوشش Medicare» می‌باشد. برای دریافت نمونه، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE یا Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک کپی آنلاین از 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 را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد به شما ارائه خواهیم داد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:
- پوشش ما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می رسد.
- ما پرداخت سهم خود از 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 می پردازید.
- شما تصمیم می گیرید که آیا می خواهید 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 تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند را بررسی کنند. همچنین می‌توانید با آنها از طریق شماره [887-6668] (TTY: 855) 588-1123 (877) تماس بگیرید.

شما باید این بررسی را ظرف 60 روز تقویمی پس از روزی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ نه گفت، درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده به دریافت مراقبت ادامه داده باشید.

بررسی کنندگان QIO:

- به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم به شما می خواهند گفت.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:
- ما سهم خود از هزینه‌های درمانی را که بعد از زمانی اعلام کردیم پوشش شما به پایان رسیده، دریافت کرده‌اید، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- ما تا زمانی که مراقبت از نظر پزشکی ضروری باشد، پوشش آن را فراهم خواهیم کرد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:
- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها 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.
- 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 کرده اید و هر دو تجدیدنظر پذیرفته نشده‌اند، ممکن است برای مراحل بعدی تجدیدنظر واجد شرایط باشید.

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

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 بگیریم به این تصمیم اعتراض کنیم، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفتیم به این تصمیم اعتراض نکنیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز دهیم یا خدمات را به شما ارائه دهیم.

اگر شورا جواب منفی دهد یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر 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.

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 صورتیکه دادگاه تصمیم نهایی خود را به نفع شما صادر کند. اگر دادرسی برگزار شد و شما با تصمیم اتخاذ شده در دادرسی مجدد موافق نیستید، می‌توانید جویای بررسی توسط قاضی شوید ولی نمی‌توانید دوباره برای بررسی مجدد درخواست کنید.

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

اگر درخواست تجدیدنظر مرحله 1 و مرحله 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:

- 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 **پاسخ منفی** دهد یا درخواست بررسی را رد کند، ممکن است روند اعتراض پایان نیافته باشد.
- اگر تصمیم به **پذیرفتن** تصمیمی بگیرید که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، روند تجدیدنظر پایان می‌یابد.



- 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 مشتریان. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که توسط روال شکایت رسیدگی می‌شوند ذکر می‌شود:

شکایت	مثال
کیفیت مراقبت پزشکی شما	• شما از کیفیت مراقبت ناراضی هستید، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید.
احترام به حریم خصوصی شما	• شما فکر می‌کنید که کسی به حق شما برای حفظ حریم خصوصی احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است.
بی احترامی، خدمات کم کیفیت به مشتری، یا سایر رفتارهای منفی	• ارائه کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند. • کارکنان ما با شما بد رفتار کردند. • شما فکر می‌کنید که از طرح ما کنار گذاشته می‌شوید.
دسترسی و امداد زبانی	• شما نمی‌توانید به صورت فیزیکی به خدمات و امکانات مراقبت‌های بهداشتی در مطب پزشک یا ارائه دهنده خدمات دسترسی داشته باشید. • پزشک یا ارائه دهنده شما برای زبانی غیر از انگلیسی که شما صحبت می‌کنید (به عنوان مثال زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجم فراهم نمی‌کند. • ارائه دهنده شما سایر تسهیلات معقولی را که نیاز دارید و درخواست کرده‌اید، در اختیاران نمی‌گذارد.



مثال	شکایت
• شما در گرفتن وقت ویزیت با مشکلاتی مواجه هستید یا برای گرفتن آن زیادی منتظر می شوید. • پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات مشتری یا سایر کارکنان برنامه شما را برای مدت طولانی منتظر می گذارند.	زمان انتظار
• شما فکر می کنید که کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.	پاکیزگی
• فکر می کنید که در ارائه اعلامیه یا نامه ای که باید دریافت می کردید قصور کرده ایم. • فکر می کنید که درک اطلاعات کتبی که برای شما ارسال کردیم بسیار مشکل است.	اطلاعاتی که از ما دریافت می کنید
• عقیده دارید که اجازه می دهیم مهلت هایمان 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 می دهیم که مهلت های 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.	سر وقت بودن اقدامات مربوط به تصمیمات یا تجدیدنظرهای پوششی

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

عبارت حقوقی برای "شکایت" "نارضایتی" است.

عبارت حقوقی برای "تنظیم شکایت" "تسلیم نارضایتی" است.

K2. شکایات داخلی

برای تنظیم شکایت داخلی با خدمات مشتری با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. شما می توانید در هر زمانی شکایت کنید، مگر اینکه در مورد داروی Medicare بخش D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی Medicare Part D است، باید آن را ظرف 60 روز تقویمی پس از بروز مشکلی که می خواهید از آن شکایت کنید، مطرح کنید.



- اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، خدمات مشتری به شما اطلاع خواهد داد.
- می توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما ارسال دارید. اگر شکایت خود را به صورت کتبی ارائه دهید، ما نیز به صورت کتبی به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.
- در اینجا نحوه عملکرد آن آمده است:
 - مرحله 1: تسلیم نارضایتی
 - برای شروع فرآیند، ظرف 60 روز پس از رویداد با یک نماینده خدمات مشتری تماس بگیرید و درخواست کنید شکایت شما را ثبت کنند. همچنین می توانید شکایت خود را به صورت کتبی ظرف 60 روز پس از رویداد با ارسال آن به آدرس زیر ثبت کنید:

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856
فکس: (916) 350-6510

- در صورت ارتباط با ما از طریق فکس یا از طریق پست، لطفاً برای درخواست فرم Blue Shield TotalDual Plan Appeals & Grievance Form با ما تماس بگیرید. ما نامه ای برای شما ارسال می کنیم و به شما اطلاع می دهیم که اخطار نگرانی شما را ظرف 5 روز تقویمی دریافت کرده ایم و نام شخصی را که روی آن کار می کند به شما می دهیم. ما معمولاً آن را ظرف 30 روز تقویمی حل و فصل خواهیم کرد.
- اگر درخواست «شکایت سریع» یا «تصمیم گیری سریع» یا «تجدیدنظر سریع» دارید، درخواست تجدیدنظر/شکایت خود را از طریق مکاتبه با آدرس ذکر شده در مرحله 1 در بالا یا با تماس با خدمات مشتریان به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 ارائه دهید. برای «شکایت سریع» یا «تصمیم گیری سریع» یا «تجدیدنظر سریع»، ما باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت کتبی یا تلفنی درخواست تجدیدنظر/شکایت شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم. در صورت توجه به وضعیت سلامتی شما، نیاز به رسیدگی سریع تر باشد، ما پاسخ خود را زودتر ارائه خواهیم داد. اگر به دلیل اینکه تصمیم گرفتیم امکان «تصمیم سریع» یا «تجدیدنظر سریع» را به شما ندهیم، درخواست «شکایت سریع» بکنید، درخواست شما را به یک مدیر پزشکی که در تصمیم اولیه ما دخیل نبوده، ارسال می کنیم. ممکن است از شما بپرسیم که آیا اطلاعات بیشتری دارید که در زمان درخواست «تصمیم اولیه سریع» یا «تجدیدنظر سریع» موجود نبوده است. مدیر پزشکی درخواست شما را بررسی می کند و تصمیم می گیرد که آیا تصمیم اولیه ما مناسب بوده است یا خیر. ما ظرف 24 ساعت پس از درخواست شما برای «شکایت سریع» نامه ای حاوی تصمیم خود برای شما ارسال خواهیم کرد. ما باید شکایت شما را به همان سرعتی که پرونده شما نیاز دارد بر اساس وضعیت سلامتی شما رسیدگی کنیم، اما حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت شکایت شما.

مرحله 2: رسیدگی به شکایات

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



- 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، بی‌احترامی، خدمات مشتری یا پاکیزگی راضی نیستید، می‌توانید با بخش خدمات مشتری Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید و درخواست بررسی بیشتر کنید.

عبارت حقوقی برای «شکایت سریع» برابر با «نارضایتی تسریع شده» می‌باشد.

- در صورت امکان، فوراً به شما پاسخ خواهیم داد. اگر در مورد یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در جریان همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند که سریع‌تر پاسخ دهیم، این کار را انجام خواهیم داد.
- ما به اکثر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر به دلیل نیاز به اطلاعات بیشتر ظرف 30 روز تقویمی تصمیمی نگیریم، کتباً به شما اطلاع می‌دهیم. ما همچنین به‌روزرسانی وضعیت و زمان تخمینی را برای شما برای دریافت پاسخ ارائه می‌کنیم.
- اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای «تصمیم 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 بخشی یا تمام شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع خواهیم داد و دلایل خود را بیان می‌کنیم. 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/my/medicare-complaint. پیش از ثبت شکایت در Medicare نیازی به ثبت شکایت در طرح 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 بازخورد یا نگرانی‌هایی دارید یا اگر احساس می‌کنید که برنامه درمانی به مشکل شما توجه نمی‌کند، همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY 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 بازررس 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 مشکل 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 برای دریافت کمک بدون ارائه درخواست تجدیدنظر سطح **1** با **DMHC** تماس بگیرید.

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

- تماس با **1-888-466-2219** اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا گنگ 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.

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 **1-800-368-1019** 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: (800) 368-1019
فکس: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
ایمیل: ocrmail@hhs.gov

همچنین ممکن است حقوقی تحت قانون آمریکاییان معلول و تحت قانون اصلاحات **ADA** سال 2008 داشته باشید (110-325). برای دریافت کمک می‌توانید با برنامه بازررس **Medi-Cal** تماس بگیرید. شماره تلفن: **1-888-452-8609**

QIO

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

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



- 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 دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

QIO در کالیفرنیا، Commence Health نامیده می‌شود. شماره تلفن Commence Health [TTY: (855) 887-6668] (877) 588-1123 می‌باشد.



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 از طرح ما خارج شوید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا گنجانده شده‌اند.



فهرست مطالب

A. زمانی که می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید	260
B. چگونه می‌توان عضویت را در طرح ما پایان داد	261
C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه	261
C1. خدمات Medicare شما	261
C2. خدمات Medi-Cal شما	265
D. اقالام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما به پایان برسد	266
E. موقعیت‌های دیگری که عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد	266
F. قوانینی ناقض درخواست از شما برای ترک طرح ما به هرگونه دلیلی در رابطه با وضعیت سلامت	267
G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید	267
H. چگونه می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید	268



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،

- شما 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 باز، که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد.** اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت شما در برنامه درمانی جدید در 1 ژانویه آغاز می‌شود.
 - **دوره ثبت نام باز Medicare Advantage (MA)، که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد و همچنین برای ذینفعان جدید Medicare که در یک برنامه ثبت نام 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 شرایط دیگری وجود داشته 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 pExtra Hel تغییر کند، یا
 - اخیراً وارد یک مرکز پرستاری یا بیمارستان مراقبت طولانی مدت شده باشید، در حال حاضر در آن باشید یا اخیراً از آن خارج شده باشید.
- عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما را برای تغییر برنامه درمانی تان دریافت کنیم خاتمه یابد. برای مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در برنامه درمانی ما در 31 ژانویه خاتمه پیدا خواهد کرد. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه، در این مثال).
- اگر برنامه ما را ترک کنید، شما می‌توانید درباره موارد زیر اطلاعات بگیرید:
 - گزینه‌های Medicare در جدول بخش C1.
 - گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش C2.

می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید، از طریق تماس با:

- با خدمات مشتری با شماره‌های انتهای این صفحه. شماره کاربران TTY نیز ذکر شده است.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. 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 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. با «گزینه‌های مراقبت درمانی» به شماره



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

- با دفتر بازرسی مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. یا به MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov ایمیل بزنید.

توجه: اگر در برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، ممکن است نتوانید برنامه را تغییر دهید. برای اطلاعات در مورد برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی/عضا 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 بخواهید از طرح ما به Original Medicare منتقل شوید اما یک طرح دارویی جداگانه Medicare انتخاب نکرده باشید، باید درخواست لغو عضویت از طرح ما را بدهید. دو راه وجود دارد که می‌توانید درخواست لغو ثبت نام کنید:

- شما می‌توانید درخواست خود را به صورت مکتوب برای ما ارسال کنید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با شماره پایین این صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (یعنی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که در شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگامی که با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید، همچنین می‌توانید در یکی دیگر از طرح‌های درمانی یا دارویی Medicare ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare خود هنگامی که برنامه درمانی ما را ترک می‌کنید در جدول صفحه 274 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 باز 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.



این کار را بکنید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (یعنی 1-800-633-4227 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز 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. یا در یک برنامه Medi-Medi جدید ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به طور خودکار از برنامه Medicare ما خارج می‌شوید. برنامه Medi-Cal شما تغییر خواهد کرد تا با برنامه Medi-Medi Plan شما مطابقت داشته باشد.	1. شما می‌توانید تغییر دهید به: برنامه Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) نوعی برنامه Medicare Advantage Plan می‌باشد. این برنامه برای اشخاصی است که Medicare و Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح درمانی به صورت ترکیبی استفاده می‌کنند. در صورت واجد شرایط بودن، برنامه‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا یک برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کنند. توجه: اصطلاح Medi-Medi Plan نامی برای برنامه‌های یکپارچه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP) در کالیفرنیا است.
--	---



این کار را بکنید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (یعنی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز 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. یا در یک طرح دارویی جدید Medicare ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش Original Medicare شما شروع می شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می شود. شما در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند، مگر اینکه طرح دیگری انتخاب کنید.	2. شما می توانید تغییر دهید به: Original Medicare به همراه یک طرح دارویی Medi-Cal و یک طرح Medicare جداگانه
--	--



این کار را بکنید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (یعنی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز 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. هنگامی که پوشش Original Medicare شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود. شما در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند، مگر اینکه طرح دیگری انتخاب کنید.	3. شما می‌توانید تغییر دهید به: Original Medicare بدون برنامه دارویی Medicare جداگانه توجه: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در برنامه دارویی Medicare جداگانه عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک برنامه دارویی عضو کند، مگر آنکه شما به Medicare بگویید که نمی‌خواهید عضو شوید. شما تنها زمانی باید پوشش دارویی را حذف کنید که از منبع دیگری مثل کارفرما یا اتحادیه پوشش دارویی دارید. اگر درباره اینکه نیاز به پوشش دارید یا نه سوالی 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.
---	--



این کار را بکنید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (یعنی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز 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. یا در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به طور خودکار از برنامه Medicare ما خارج می‌شوید. برنامه درمانی Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	4. شما می‌توانید تغییر دهید به: تمام برنامه‌های درمانی Medicare در طول زمان‌های خاصی از سال از جمله دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش A توضیح داده شده است.
---	---

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. یا از www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en بازدید کنید. سوال کنید که چطور پیوستن به یک برنامه درمانی یا برگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تاثیر دارد.



D. اقلام 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، داروها و مراقبت‌های درمانی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که برنامه جدید شما شروع شود.

- از ارائه دهندگان شبکه ما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی استفاده کنید.
- از داروخانه‌های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه تحویل در منزل ما برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در طرح Blue Shield TotalDual Plan به پایان می‌رسد در بیمارستان بستری باشید، طرح ما هزینه‌های بستری شما را تا زمان ترخیص پوشش خواهد داد. این موضوع حتی اگر پوشش جدید خدمات درمانی شما پیش از ترخیصتان آغاز شود نیز صدق می‌کند.

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 بخش A و Medicare بخش B شما وقفه ایجاد شود.
- اگر دیگر برای دریافت Medi-Cal واجد شرایط نباشید. برنامه ما برای اشخاصی می‌باشد که در Medicare و Medi-Cal عضویت دارند. توجه: اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نیستید، می‌توانید به طور موقت با مزایای Medicare در 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 Medicare 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، سهم ثابت بیمه شده، 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 8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، 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 بیش از شش ماه از محدوده خدمات ما دور باشید.
 - اگر نقل مکان کنید یا به مسافرت طولانی بروید، با خدمات اعضا تماس گرفته تا مطمئن شوید محلی که به آن نقل مکان یا مسافرت می‌کنید در منطقه خدماتی برنامه درمانی ما باشد.
 - اگر به خاطر جرمی به زندان بروید.
 - اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروها دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
 - اگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به‌طور قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.
 - 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 کنید.
- 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 در هنگام ثبت نام در برنامه درمانی ما، عمداً به ما اطلاعات اشتباه بدهید و آن اطلاعات روی واجد شرایط بودن شما برای برنامه درمانی ما تأثیر داشته باشد.
 - اگر مرتب به نحوی رفتار کنید که مخرب بوده و باعث اختلال شوید و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کنید.
 - 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 هرگونه دلیلی در رابطه با وضعیت سلامت

ما نمی‌توانیم شما را به هر دلیلی مرتبط با وضعیت سلامتی‌تان مجبور به ترک طرح کنیم. اگر فکر می‌کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما می‌خواهیم طرح درمانی 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.

G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید



اگر به عضویت شما در برنامه خود خاتمه دادیم، باید دلایل خود را به طور کتبی برای خاتمه عضویت به شما بگوییم. همچنین بایستی توضیح دهیم که چرا می‌توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما شکایت کنید. همچنین می‌توانید به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی** 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 این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* گنجانده شده‌اند.

فهرست مطالب

A.	اعلامیه درباره قوانین	270
B.	اعلامیه عدم تبعیض فدرال	270
C.	اعلامیه عدم تبعیض برای Medi-Cal	271
D.	اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت	272
E.	اعلامیه مربوط به وصول ماترک	272
F.	مدیریت دفترچه <i>اطلاعاتی اعضا</i>	273
G.	همکاری اعضا	273
H.	انتصاب	273
I.	مسئولیت کارفرما	273
J.	مسئولیت سازمان دولتی	273
K.	اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده	273
L.	اعاده پرداخت اضافی	273
M.	زمانی که شخص ثالث باعث جراحات شما شود	274
N.	اطلاعیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت	274
O.	گزارش تقلب، اتلاف و سوء استفاده	275



A. اعلامیه درباره قوانین

بسیاری قوانین به این دفترچه اطلاعاتی اعضا مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند، حتی اگر در این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* ذکر یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند شامل قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal می‌باشند. قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مربوط می‌شوند.

B. اعلامیه عدم تبعیض فدرال

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامتی، سابقه درخواست‌های درمانی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک بیمه‌پذیری یا موقعیت جغرافیایی در محدوده خدمات، تبعیض قائل نمی‌شویم. تمام سازمان‌هایی که طرح‌های Medicare Advantage را ارائه می‌دهند، مانند طرح ما، باید از قوانین فدرال در مورد منع تبعیض پیروی کنند. این قوانین شامل بخش VI از «قانون حقوق مدنی سال 1964»، «قانون توانبخشی سال 1973»، «قانون منع تبعیض سنی سال 1975»، «قانون آمریکایی‌های دارای ناتوانی»، بخش 1557 از «قانون مراقبت مقرون به صرفه»، تمامی قوانین دیگری که در مورد سازمان‌های دریافت‌کننده بودجه فدرال اعمال می‌شوند و هر قانون یا مقرره دیگری که به هر دلیل دیگر لازم‌الاجرا باشد، می‌گردند.

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 بیشتر، 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 الکترونیک، به دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا نیز تسلیم نمایید:

- توسط تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنیداری دارید، لطفاً با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.

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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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

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

- فرم‌های شکایت در www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود است

- 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 صندلی چرخدار، خدمات مشتری می‌تواند به شما کمک کند.

C. اعلامیه عدم تبعیض برای Medi-Cal

ما به دلیل نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه درخواست‌های درمانی، سوابق پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک بیمه‌پذیری، یا موقعیت جغرافیایی شما در محدوده ارائه خدمات، هیچ‌گونه تبعیضی قائل نمی‌شویم و با شما رفتار متفاوتی نخواهیم داشت. علاوه بر این، ما به دلیل اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، به طور غیرقانونی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شویم، آنها را طرد نمی‌کنیم، یا با آنها متفاوت رفتار نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید:

- با اداره خدمات درمانی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند (خدمات رله مخابرات). اگر معتقدید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایت مرتبط با تبعیض ثبت کنید، با این مرجع تماس بگیرید:

○ 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 الکترونیک، به دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا نیز تسلیم نمایید:

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



- توسط تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به‌خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله ارتباطی) تماس بگیرید.
- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

فرم‌های شکایت در www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود است.

- 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 صندلی چرخدار، خدمات کشتی می‌تواند به شما کمک کند.

D. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت

گاهی اوقات شخص دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم پرداخت کند. برای مثال، اگر در یک سانه 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 دریافت هزینه خدمات تحت پوشش Medicare که Medicare پرداخت‌کننده اصلی آن‌ها نیست را داریم. ما از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی به اعضا پیروی می‌کنیم. ما همه اقدامات منطقی را برای اطمینان از اینکه برنامه Medi-Cal پرداخت کننده آخرین چاره باشد به کار می‌گیریم. اعضای Medi-Cal باید در صورتی که یک خدمت تحت پوشش بیمه درمانی آن‌ها موجود باشد، پیش از استفاده از Medi-Cal تمام پوشش‌های درمانی دیگر (other health coverage, OHC) خود استفاده کنند، زیرا Medi-Cal آخرین منبع پرداخت است. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal به عنوان پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به سایر پوشش‌های درمانی Medicare عمل می‌کند و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط طرح ما یا سایر پوشش‌های OHC را تا سقف تعرفه Medi-Cal پرداخت خواهند کرد.

E. اعلامیه مربوط به وصول ماترک

برنامه Medi-Cal باید پیگیر بازپرداخت از دارایی‌های تحت انحصار وراثت اعضای متوفی خاص بابت مزایای Medi-Cal باشد که در روز تولد 55 سالگی آنها یا پس از آن دریافت شده است. 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 بیش از ارزش دارایی‌های تحت انحصار وراثت عضو باشد.

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



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

F. مدیریت دفترچه اطلاعاتی اعضا

ما ممکن است خط‌مشی‌ها، رویه‌ها و تفاسیر معقولی را برای ترویج مدیریت منظم و کارآمد این دفترچه اطلاعاتی اعضا اتخاذ کنیم.

G. همکاری اعضا

شما باید هرگونه درخواست، فرم، اظهاریه، 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.

H. انتصاب

شما نمی‌توانید این دفترچه اطلاعاتی 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.

I. مسئولیت کارفرما

برای هرگونه 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.

J. مسئولیت سازمان دولتی

برای هرگونه خدماتی که قانون الزام می‌کند فقط توسط یک سازمان دولتی ارائه شود یا فقط از آن دریافت شود، ما به سازمان دولتی پولی نخواهیم پرداخت و زمانی که چنین خدماتی را پوشش دهیم ممکن است ارزش خدمات را از سازمان دولتی بازیابی کنیم.

K. اداره نظامیان بازنشسته ایالات متحده

برای هرگونه 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.

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.



M. زمانی که شخص ثالث باعث جراحات شما شود

اگر به دلیل اقدام یا غفلت شخص دیگری («شخص ثالث») مجروح شوید یا بیمار شوید، Blue Shield باید با توجه به خدمات مورد نیاز در نتیجه آن آسیب دیدگی، مزایای طرح را ارائه دهد و از حق عادلانه بازپرداخت، بازپرداخت یا سایر راه حل‌های موجود برای بازپایی مبالغ پرداختی Blue Shield برای خدمات ارائه شده به شما از هر بازپایی (تعریف شده در زیر) که توسط شما یا از طرف شما، از شخص ثالث یا از طرف شخص ثالث مسئول آسیب یا بیماری یا از پوشش رانندگان بدون بیمه/بیمه نشده است، برخوردار باشد.

این حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل‌های موجود در برابر هر گونه بهبودی که در نتیجه آسیب یا بیماری دریافت می‌کنید، شامل هر مبلغی است که به حکم دادگاه، رای داور، تسویه حساب یا هر ترتیب دیگر، از هر شخص ثالثی، بیمه‌گر شخص یا شخص ثالث، یا از پوشش رانندگان بدون بیمه یا تحت بیمه، مربوط به بیماری یا آسیب («بازپایی»)، بدون توجه به اینکه شما به «بازپایی کامل» رسیده باشید یا خیر، اعطا یا دریافت شده باشد. حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل‌های موجود مرتبط به آن بخش از کل بازپایی 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. هرگونه ادعا یا اقدام قانونی واقعی یا بالقوه علیه شخص ثالث ناشی از انجام یا کوتاهی در وظیفه که باعث آسیب یا بیماری مورد ادعا شده است را کتباً به Blue Shield اطلاع دهید. اگر قبلاً ادعا یا اقدام قانونی ثبت شده است، باید حداکثر ظرف مدت 30 روز از تاریخ ثبت، اطلاع‌رسانی کنید.

2. موافقت با همکاری کامل و اجرای هر گونه فرم یا سند مورد نیاز برای اجرای این حق استرداد، بازپرداخت یا سایر راه حل‌های موجود؛ و

3. موافق کتبی با بازپرداخت Blue Shield برای مزایای پرداختی توسط Blue Shield در زمانی که بازپایی 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 بازپایی.

شما موفق به رعایت 1 نشدید. از طریق مورد 5، به هیچ وجه نباید به عنوان چشم پوشی، ترخیص، یا چشم پوشی از حقوق Blue Shield عمل شود.

N. اطلاعیه درباره مشارکت در تبادل اطلاعات سلامت

Blue Shield در ("HIE") Manifest MedEx Health Information Exchange شرکت 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

8:00 صبح تا 8:00 شب، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات

بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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 7142-510-(888) ساعت 7:00am تا ساعت 7:00pm به وقت PST، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. TTY: 711 برای افراد کم شنوا.

O. گزارش تقلب، اتلاف و سوء استفاده

تقلب، اتلاف و سوء استفاده (FWA) چیست؟

- **تقلب**، ارایه نادرست و عمدی است که ممکن است منجر به هزینه‌های غیرمجاز برای یک برنامه مراقبت‌های درمانی شود.
- **اتلاف**، استفاده نامناسب از بودجه یا منابع مراقبت‌های درمانی بدون نیاز موجه به انجام آن است.
- **سوءاستفاده**، 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 تامین اجتماعی، Medicare یا طرح سلامت یا اطلاعات بانکی خود را به کسی که نمی‌شناسید ندهید.
- بدون دستور پزشک، با انجام هیچ آزمایشی موافقت نکنید.
- پذیرش هر چیز ارزشمندی در ازای خدمات پزشکی غیرقانونی است.

از تقلب در آزمایش‌های ژنتیک آگاه باشید

کلاهبرداران برای انجام تقلب در آزمایش‌های ژنتیک به 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 گونه، شناسه خود و اطلاعات Medicare را برای دریافت نتایج آزمایش خود ارائه دهید.



متأسفانه، سپس این کلاهبرداران طرح سلامتی یا شماره Medicare شما را دارند و 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**: (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 اصطلاحات کلیدی استفاده‌شده در سراسر این دفترچه /اطلاعاتی/ اعضا همراه با تعاریف آن‌ها است. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر اصطلاح مورد نظر خود را پیدا نکردید یا اگر به اطلاعات بیشتری نسبت به تعریف نیاز دارید، با خدمات مشتری تماس بگیرید.



D-SNP یکپارچه: یک برنامه نیازهای ویژه دوگانه است که Medicare و بیشتر یا همه خدمات Medicaid را تحت یک برنامه درمانی واحد برای گروه‌های خاصی از افراد واجد شرایط هر دو Medicare و Medicaid پوشش می‌دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه مزایای کامل، شناخته می‌شوند.

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 طولانی مدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند. Medi-Cal نام برنامه Medicaid در ایالت کالیفرنیا می‌باشد.

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

بخش A Medicare: برنامه Medicare که بیشتر نیازهای ضروری بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت سلامت در خانه و مراقبت‌های آسایشگاهی پایان عمر 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 یک عارضه ضرورت پزشکی دارند را، تحت پوشش قرار می‌دهد. Medicare بخش B بسیاری خدمات پیشگیرانه و معاینات غربالگری را نیز پوشش می‌دهد.

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

بخش D Medicare: برنامه مزایای دارویی Medicare. ما این برنامه را به طور مختصر «بخش D» می‌خوانیم. Medicare بخش D داروهای بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medicaid نیستند را پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D می‌باشد.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص با 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 Original Medicare یا برنامه مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به «برنامه درمانی» مراجعه کنید).

Original Medicare (Medicare استاندارد یا Medicare هزینه در مقابل خدمات): دولت، Original Medicare را ارائه می‌دهد. خدمات Medicare تحت Original Medicare توسط پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی، 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. Original Medicare شامل دو بخش می‌باشد. Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی)

- Original Medicare در هر کجای ایالات متحده در دسترس می‌باشد.

- اگر نمی‌خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

ابزار مزایای لحظه‌ای: پورتال یا برنامه کامپیوتری که در آن ثبت نام کنندگان می‌توانند اطلاعات کامل، دقیق، به موقع، و اطلاعات بالینی مناسب را برای داروهای تحت پوشش و اطلاعات مزایای ویژه ثبت نام‌کننده 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.

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 اجازه قبلی (PA) طرح ما نیاز دارند، در **فصل 4** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مشخص شده‌اند.

طرح ما فقط در صورتی برخی از داروها را پوشش می‌دهد که از ما PA بگیرید.

- داروهای تحت پوششی که به PA طرح ما نیاز دارند در فهرست داروهای تحت پوشش علامت زده شده و مقررات در وب سایت ما ارایه شده است.

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

اداره خدمات مراقبت مدیریت شده (DMHC): سازمان دولتی در کالیفرنیا که مسئول کنترل و نظارت بر بیشتر 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.

ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP): پزشک یا یک ارائه‌کننده دیگر که برای بیشتر مشکلات سلامت ابتدا به او مراجعه می‌کنید. او مطمئن می‌شود که مراقبت لازم برای حفظ سلامتی خود را 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 از برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود بروید.

- برای دریافت اطلاعات درباره دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی، به **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.



ارائه کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه کننده یا مرکزی که تحت استخدام، مالکیت یا اداره طرح ما نیست و قراردادی برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما ندارد. **فصل 3** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا ارائه کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

ارائه کننده درون 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 ارائه کنندگان برای ارائه خدمات مراقبت درمانی، دارای گواهینامه و مجوز Medicare و دولت ایالتی هستند.
 - ما این ارائه کنندگان را هنگامی «ارائه کننده درون شبکه» می‌خوانیم که موافقت کنند با برنامه درمانی همکاری کرده و مبالغ پرداختی ما را بپذیرند و هیچ‌گونه مبلغ اضافی را از اعضای ما مطالبه نکنند.
 - در طول مدتی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش از ارائه کنندگان شبکه استفاده کنید. ارائه کنندگان شبکه "ارائه کنندگان برنامه درمانی" نیز خوانده می‌شوند.
- ارجاع:** ارجاع، تاییدیه ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما (PCP) یا تاییدیه ما برای استفاده از ارائه کننده‌ای غیر از PCP شما است. اگر ابتدا تایید نشود، ممکن است ما خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از خدمات برخی متخصصان، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به ارجاع ندارید. اطلاعات بیشتر در مورد ارجاع را می‌توانید در **فصل 3 و 4** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا پیدا کنید.

ارزیابی خطر بهداشتی (HRA): بررسی تاریخچه پزشکی و بیماری/وضعیت کنونی شما. از این ارزیابی برای شناسایی وضعیت سلامتی شما استفاده می‌شود و اینکه چطور در آینده ممکن است تغییر کند.

آسایشگاه پایان عمر: برنامه مراقبت و پشتیبانی برای کمک به افرادی که پیش آگهی پایانی دارند که زندگی راحت داشته باشند. پیش آگهی پایانی به این معنی است که یک فرد از نظر پزشکی به عنوان بیمار لاعلاج تایید شده است، به این معنی که امید به زندگی، 6 ماه یا کمتر است.

- داوطلبی که دارای پیش آگهی پایانی باشد، حق انتخاب آسایشگاه را دارد.
- یک تیم آموزش دیده از متخصصان و مراقبین برای فرد از جمله نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی مراقبت می‌کنند.
- ما باید لیستی از ارائه دهندگان آسایشگاه در منطقه جغرافیایی شما را به شما ارائه دهیم.

آسایشگاه یا خانه سالمندان: محلی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

استثناء: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های خاص.



اطلاعات سلامت شخصی (که اطلاعات بهداشتی 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 سیاست‌های حفظ اسرار ما مراجعه کنید.

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

آموزش شایستگی فرهنگی: آموزشی که دستورالعمل‌های تکمیلی 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.

بازرس: دفتری در ایالت شما که به عنوان وکیل مدافع 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 هستند. می‌توانید اطلاعات بیشتر را در **فصل 2 و 9** این دفترچه اطلاعاتی/عضا بیابید.

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.

بررسی مستقل پزشکی (IMR): اگر درخواست شما را برای انجام خدمات یا مداوای پزشکی قبول نکنیم، شما می‌توانید 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 کارشناسانی 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.

برنامه Medi-Medi: برنامه Medi-Medi نوعی از برنامه Medicare Advantage است. این طرح برای 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.

برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (به اختصار MDPP): یک برنامه تغییر رفتار بهداشتی ساختاریافته که آموزش تغییرات طولانی مدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی، و استراتژی‌هایی برای غلبه بر چالش‌های کاهش وزن و سبک زندگی سالم را ارائه می‌دهد.

برنامه تحویل در خانه: برخی 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 به خانه شما ارسال می‌شود. این روش ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای دریافت نسخه‌هایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.



برنامه درمانی: سازمانی می‌باشد که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلندمدت 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.

برنامه کمک اضافی (Extra Help): برنامه Medicare به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند تا پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیزها و سهم ثابت بیمه‌شده را کاهش دهند. Extra Help، برنامه «یارانه برای افراد کم درآمد» یا «LIS» نیز گفته می‌شود.

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

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.

برنامه مراقبت شخصی شده (ICP یا برنامه مراقبتی): یک برنامه برای این‌که چه خدماتی دریافت خواهید کرد و چگونه آن‌ها را دریافت خواهید کرد. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری، و خدمات و حمایت‌های طولانی مدت شود.

برنامه مراقبتی: به «برنامه مراقبتی شخصی شده» مراجعه کنید.

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP): برنامه درمانی که به افرادی که واجد شرایط Medicare و Medicaid با هم هستند خدمات می‌دهد. طرح ما D-SNP است.

برنامه‌های 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.

برنامه‌های مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را به طور مشترک برای اشخاص به سن 55 سال به بالا پوشش می‌دهد که نیاز به مقدار بیشتری دارند تا در خانه خودشان زندگی کنند.

بهداشت رفتاری: به سلامت عاطفی، روانی و اجتماعی ما اشاره می‌کند. به عبارت ساده‌تر: این موضوع به نحوه تفکر، احساس و تعامل ما با دیگران مربوط می‌شود. این یک عبارت جامع است که به خدمات بهداشت روان و اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد اشاره می‌کند.

بیمار بستری: اصطلاحی که زمانی استفاده می‌شود که شما به‌طور رسمی برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی در بیمارستان بستری می‌شوید. اگر به طور رسمی پذیرفته نشوید، ممکن است همچنان به عنوان یک بیمار سرپایی به جای بیماری بستری محسوب شوید حتی اگر برای تمام شب در بیمارستان بمانید.

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



بیوسیمیلار: یک داروی بیولوژیک که بسیار شبیه، اما نه کاملاً یکسان، با محصول بیولوژیک 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).

پروتز و ارتوتیک: دستگاه‌های پزشکی سفارش‌شده توسط پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی که شامل این موارد هستند (اما فقط محدود به این موارد نیستند)، بریس‌های بازو، پشت و گردن؛ اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و وسایل مورد نیاز برای جایگزینی یک عملکرد یا عضو داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و تغذیه درمانی روده‌ای و تزریقی.

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. تشخیص‌های سازمانی "تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش" خوانده می‌شوند. **فصل 9** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا تصمیمات مربوط به پوشش را توضیح می‌دهد.

تصمیم‌گیری در مورد پوشش: تصمیم در مورد اینکه 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** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا نحوه درخواست از ما برای تصمیم مربوط به پوشش را توضیح می‌دهد.

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

خدمات پیشگیری از بیماری: مراقبت‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری یا شناسایی بیماری در مراحل اولیه، زمانی که احتمال موفقیت درمان بیشتر است (برای مثال، خدمات پیشگیری از بیماری شامل آزمایش پاپ اسمیر، واکسن آنفلوآنزا و ماموگرافی غربالگری می‌شود).

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B. همه برنامه‌های درمانی شامل برنامه درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B هستند را پوشش دهند.

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

خدمات توانبخشی: مداوایی که برای کمک به بهبودی از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می‌کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات توانبخشی به **فصل 4** این دفترچه / اطلاعاتی / اعضا مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی ((HIV، STIs، ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت تأیید جنسیت، و خشونت شریک جنسی.

خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS): برنامه IHSS با پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما توسط ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی ثبت‌نامی، کمک می‌کند تا بتوانید در منزل خود ایمن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه محسوب می‌شود، از قبیل آسایشگاه یا مرکز اقامت و مراقبت. برای دریافت خدمات، یک ارزیابی انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده، نوع خدماتی که ممکن است برای او مجاز شناخته شود، تعیین گردد. نوع خدماتی که از طریق IHSS مجاز است شامل نظافت منزل، آماده کردن غذا، شستشوی لباس، خرید خواربار، خدمات مراقبت شخصی (مثل مراقبت ادرار و اجابت مزاج، پیرایش یا خدمات پیرایش‌شکی)، همراهی در قرارهای ویزیت پزشکی، و نظارت محافظت‌کننده برای معلولین روانی) است. آژانس‌های خدمات اجتماعی کانتی، IHSS را اداره می‌کنند.

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



خدمات خارج از پوشش: خدماتی که تحت پوشش این برنامه درمانی نیستند.

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 به اعضای واجد شرایطی که معیارهای واجد شرایط بودن مربوطه را برآورده می‌کنند، عرضه می‌کند.

خدمات مشتریان: بخشی در برنامه درمانی ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، نارضاایتی‌ها و تجدیدنظرها می‌باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات مشتریان، به **فصل 2** این دفترچه/اطلاعاتی/عضا مراجعه کنید.

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 معافیت IHSS و Medi-Cal LTSS (c) هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا یک ارائه کننده دیگر برای خدمات Medi-Cal درخواست کند که ما آن را تایید نمی‌کنیم یا پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را ادامه ندهیم، شما حق دارید که برای «دادرسی ایالتی» درخواست کنید. اگر «دادرسی ایالتی» به نفع شما تصمیم بگیرید، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که توافقی برای همکاری با طرح ما جهت هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما ندارد. بیشتر داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش برنامه درمانی ما نمی‌باشند، مگر اینکه شرایط خاصی برآورده شوند.

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.

داروخانه‌های تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5** این دفترچه/اطلاعاتی/عضا مراجعه کنید.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که تحت پوشش Medicare بخش D هستند. کنگره به طور مشخص گروه‌های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه، داروها یا دواهایی هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه از متخصص مراقبت‌های درمانی خریداری کند.

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

داروی ژنریک: دارویی که برای استفاده به جای داروی مارک دار به تصویب FDA رسیده باشد. یک داروی ژنریک همان ترکیبات داروی مارک دار را دارد. معمولاً ارزان تر بوده و همان تأثیر داروی مارک دار را دارد.



داروی مارک دار: دارویی که توسط همان شرکتی که در ابتدا آن را ساخته، تولید و فروخته می‌شود. داروهای مارک دار حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های داروسازی دیگر ساخته و فروخته می‌شوند و معمولاً تا زمانی که حق ثبت اختراع داروی مارک دار به پایان نرسیده، در دسترس نیستند.

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 در سن 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI، مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

درخواست تجدیدنظر: روشی برای شما تا در صورتی که فکر می‌کنید اشتباهی را مرتکب شده‌ایم، اقدامات ما را به چالش بکشید. شما می‌توانید با درخواست تجدیدنظر برای تغییر یک تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. **فصل 9** این دفترچه اطلاعاتی اعضا روند تجدیدنظرها، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

درمان گام به گام: مقررات پوشش که شما را ملزم می‌کند ابتدا داروی دیگری را امتحان کنید، قبل از اینکه داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم.

دفترچه اطلاعاتی اعضا و انتشار اطلاعات: این سند به همراه فرم ثبت نام شما و هر پیوست یا ضمیمه دیگر، پوشش شما، آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و کارهایی که باید به عنوان عضوی از طرح ما انجام دهید را توضیح می‌دهد.

ردیف سهم هزینه: گروهی از داروها که سهم بیمه شده یکسان دارند. هر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش (به عنوان فهرست دارو نیز شناخته می‌شود) در یکی از پنج ردیف سهم هزینه قرار می‌گیرد. به طور کلی، هر چقدر ردیف سهم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای آن دارو بیشتر است.

ردیف‌های دارویی: گروه‌های داروهایی در فهرست دارویی ما. داروهای ژنریک، مارک دار یا داروهای بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از پنج ردیف قرار دارد.

سازمان بررسی مستقل (IRO): یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد که درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این نهاد با ما ارتباطی ندارد و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم صحیح است باید تغییر کند. Medicare بر کار آن نظارت می‌کند. نام رسمی آن، «Independent Review Entity» است.

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 کسب اطلاعات در مورد QIO به **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

سقف مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ممکن است مقدار دارویی را که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم، محدود کنیم.

سهم ثابت بیمه شده: یک مبلغ ثابت که به عنوان سهم هزینه‌های خود هر بار که خدمات یا داروهای خاصی را دریافت می‌کنید، پرداخت خواهید کرد. برای مثال، ممکن است \$2 یا \$5 برای خدمات یا دارو بپردازید.

سهم هزینه: مبالغی که هنگام دریافت خدمات یا داروهای خاص باید پرداخت کنید. سهم هزینه شامل سهم‌های ثابت بیمه شده می‌شود.

سهم هزینه: بخشی از هزینه‌های مراقبت درمانی شما که ممکن است لازم باشد هر ماه، قبل از اینکه مزایای شما قابل اجرا شوند، پرداخت کنید. میزان سهم هزینه شما بسته به درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.



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. عنوان رسمی برای «تنظیم شکایت»، «تسلیم نارضایتی» است.

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا): شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. شورا بخشی از دولت فدرال است.

صدور صورتحساب نامناسب/نادرست: موقعیتی که ارائه‌کننده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهم هزینه برنامه درمانی برای خدمات برای شخص صورتحساب صادر می‌کند. اگر صورتحسابی دریافت کردید که متوجه نمی‌شوید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

به‌عنوان عضو طرح، زمانی که خدمات تحت پوشش ما را دریافت می‌کنید، فقط سهم مشترک طرح را پرداخت می‌کنید. ما به ارائه‌کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که بیشتر از این مقدار برای شما صورتحساب صادر کنند.

ضرورت پزشکی: این اصطلاح خدمات، لوازم یا 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 مرکز پرستاری جلوگیری می‌کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها، استانداردهای پذیرفته شده در تخصص پزشکی را برآورده می‌کنند.

عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده باشد.

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.

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.

قاضی حقوق اداری: قاضی حقوق اداری (ALJ) قاضی‌ای است که به پرونده‌های مربوط به سازمان‌های دولتی رسیدگی کرده و درباره آن‌ها تصمیم‌گیری می‌کند. قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

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.

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

لغو عضویت: روال خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (به انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.



متخصص: پزشکی که انواع خاصی از مشکلات سلامتی را مداوا می‌کند. برای مثال، جراح ارتوپد شکستگی استخوان‌ها را مداوا می‌کند؛ متخصص آلرژی، آلرژی‌ها را مداوا کرده و متخصص قلب مشکلات مربوط به قلب را مداوا می‌کند. در بیشتر موارد، عضو برای مراجعه به یک متخصص، نیاز به ارجاع توسط PCP خود دارد.

محصولات بیولوژیکی اصلی: یک محصول بیولوژیک که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تأیید شده و به‌عنوان مبنا برای مقایسه در ساخت نسخه بیوسیمیلار توسط تولیدکنندگان استفاده می‌شود. به آن محصول مرجع نیز گفته می‌شود.

محصولات بیولوژیکی: دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری یا مخمر ساخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای دیگر هستند و نمی‌توانند دقیقاً کپی شوند، بنابراین فرم‌های جایگزین بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. («محصولات بیولوژیکی اصلی» و «بیوسیمیلار» را نیز مشاهده کنید).

مدیریت دارو درمانی (MTM): یک برنامه Medicare بخش D برای نیازهای پیچیده سلامت، که به افرادی ارائه می‌شود که شرایط خاصی دارند یا در یک برنامه مدیریت دارو هستند. خدمات MTM معمولاً شامل گفت‌وگو با یک داروساز یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی برای بررسی داروها است. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

مراقبت اضطراری: خدمات تحت پوششی که توسط ارائه‌کننده کارآزموده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای مداوای یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری اضطراری لازم هستند.

مراقبت با نیاز فوری: نوعی مراقبت است که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه پیش‌بینی نشده دریافت می‌کنید که اضطراری نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. زمانی که به دلیل محدودیت زمان، مکان یا شرایط، امکان مراجعه به ارائه‌دهندگان داخل شبکه وجود ندارد یا منطقی نیست، شما می‌توانید مراقبت‌های ضروری و فوری را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید (برای مثال، زمانی که خارج از محدوده خدمات طرح ما هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک وضعیت پیش‌بینی‌نشده نیاز دارید، اما این وضعیت اورژانس پزشکی محسوب نمی‌شود).

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): خدمات توانبخشی و مراقبت پرستاری تخصصی که به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی ارائه می‌شود. مثال‌های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل فیزیوتراپی یا تزریقات داخل وریدی (IV) می‌شود که یک پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند انجام دهد.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): اداره فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی/اعضا نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

مرحله پوشش اولیه: مرحله قبل از اینکه مجموع هزینه‌های دارویی Medicare بخش D شما به \$2,100 برسد. این هزینه شامل مبلغی که شما پرداخت کردید، برنامه درمانی ما از سوی شما چه مبلغی را پرداخت کرده است و یارانه کم درآمدی می‌شود. شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید. در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید.

مرحله پوشش بحرانی: مرحله‌ای در مزایای دارویی Medicare بخش D که برنامه درمانی کل هزینه داروهای بخش D شما را تا آخر سال پرداخت می‌کند. این مرحله را زمانی شروع می‌کنید که شما (یا سایر افراد واجد شرایط به نمایندگی از طرف شما) \$2,100 برای داروهای تحت پوشش بخش D در طول سال خرج کرده باشید. شما هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

مرکز پرستاری تخصصی (SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و تجهیزات جهت ارائه مراقبت پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات درمانی مربوطه.



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 فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، درمان تنفسی، کار درمانی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

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

منطقه خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که برنامه درمانی در صورت محدود سازی عضویت، براساس 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 (غیراضطراری) را دریافت کنید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو برنامه درمانی ما شوند.

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 برنامه درمانی شما می‌شود.

نرخ روزانه سهم‌شدن در هزینه: نرخ‌ای که ممکن است هنگامیکه پزشک شما مقدار کمتر از ذخیره ماه کامل از داروهای خاصی را برای شما تجویز می‌کند استفاده شود و شما لازم است که سهم ثابت بیمه شده را پرداخت کنید. نرخ روزانه سهم‌شدن در هزینه، سهم ثابت بیمه شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه می‌باشد.

برای مثال: فرض کنید که سهم ثابت بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. بدین معنی که مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 است. اگر ذخیره دارو را 7 روزه دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز، که برای کل پرداختی کمتر از \$0.35 است.

هزینه‌های پرداخت شده از جیب شما: الزام اعضا به پرداخت سهم هزینه تا بخشی از مبلغ خدمات یا داروهایی را که درخواست می‌کنند، با عنوان «هزینه نقدی شما» نیز خوانده می‌شود. به تعریف «سهم هزینه» در بالا مراجعه کنید.

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.

وسایل با دوام پزشکی (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. نمونه این وسایل شامل اقلامی مانند ویلچر، عصا، سیستم‌های تشک برقی، لوازم ویژه دیابت، تخت‌های بیمارستانی که یک تامین کننده برای استفاده در منزل سفارش می‌دهد، پمپ تزریق داخل وریدی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نیولایزرها و واکرها.

وضعیت اضطراری (اورژانس): یک وضعیت اورژانس پزشکی زمانی است که شما یا هر شخص دیگری 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 یکی از اندام‌های 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 شامل بیماری، آسیب، درد شدید یا یک وضعیت پزشکی باشد که به سرعت رو به وخامت می‌رود.

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



خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan

تماس تلفنی با 1-800-452-4413 تماس با این شماره رایگان است. 8:00 صبح تا 8:00 شب به وقت پسیفیک، هفت روز هفته. خدمات اعضا برای اشخاصی که انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان نیز دارد.	
TTY 711 این شماره به تجهیزات تلفنی خاص نیاز دارد و فقط برای اشخاصی است که دچار مشکلات شنیداری یا گفتاری هستند. تماس با این شماره رایگان است. 8:00 صبح تا 8:00 شب به وقت پسیفیک، هفت روز هفته.	
فکس (877) 251-6671	
نامه Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856	
وبسایت blueshieldca.com/medicare	





blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555