Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)، *کتابچه راهنمای اعضا* طرح Medicare Medi-Cal شما

1 ژانویه، 2023 – 31 دسامبر 2023

پوشش سلامت و دارویی شما به موجب طرح Wellcare by Health Net

مقدمه دفترچه راهنمای اعضا

این دفترچه راهنمای اعضا، که با عنوان *شواهد پوشش نیز شناخته می‌شود*، به شما در مورد پوشش شما به موجب طرح ما تا 31 دسامبر 2023 می‌گوید. در این دفترچه درباره خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مربوط به اعتیاد)، پوشش داروی تجویزی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت توضیحاتی ارائه شده است. خدمات و حمایت‌های بلندمدت به شما کمک می‌کنند تا به جای مراجعه به آسایشگاه یا بیمارستان، در خانه بمانید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

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

وقتی این دفترچه راهنمای اعضا می‌گوید "ما"، "به ما"، "ِ ما"، "طرح ما" به معنای Wellcare by Health Net ، طرح Medicare Medi-Cal شما است.

توجه: اگر به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی صحبت می‌کنید، خدمات کمک‌زبانی به صورت رایگان در دسترس شما هستند. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. این تماس رایگان است.

CA2CNCEOC07902L_R000

H0562_129

Arabic-

انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.

Armenian –

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Զանգն անվճար է:

Cambodian –

ចំណាំ៖ ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្សី អេស្پ៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

Chinese –

請注意：我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。

Farsi –

توجه: اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 1-800-431-9007 (TTY 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.

Korean –

주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

Russian –

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный.

Spanish –

ATENCIÓN: Si habla Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Persa, Coreano, Ruso, Español, Tagalo o Vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, los representantes están disponibles de Lunes a Domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre, los representantes están disponibles de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Tagalog –

ATENSYON: Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

Vietnamese –

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ Nhật, 8

a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.

شما می‌توانید این کتابچه را به فرمت‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی به صورت رایگان دریافت کنید. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. این تماس رایگان است.

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار "درخواست دائمی" نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.

لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
- تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Wellcare by Health Net به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.

[کتابچه راهنمای اعضا 2023 Wellcare by Health Net

فهرست مطالب

فصل 1: شروع به عنوان یک عضو 7

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم 20

فصل 3: استفاده از پوشش بیمه برنامه ما برای خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش 45

فصل 4: جدول مزایا 70

فصل 5: دریافت داروهای نسخه دار برای بیماری سرپایی شما 139

فصل 6: مبلغی که باید خودتان برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal پرداخت کنید 160

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید 167

فصل 8: حقوق قانونی و مسئولیت‌های شما 173

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم درباره پوشش، تجدیدنظرخواهی، شکایت) 200

فصل 10: خاتمه دادن به عضویت خود در طرح ما 255

فصل 11: اطلاعیه‌های حقوقی 263

فصل 12: تعریف واژه‌های مهم 267

سلب مسئولیت

- Wellcare نام تجاری Medicare برای Centene Corporation، یک طرح HMO، PPO، PFFS، PDP با قرارداد Medicare است و یک حامی تایید شده Part D میباشد. طرح‌های D-SNP ما با برنامه ایالتی Medicaid قرارداد دارد. ثبت‌نام در برنامه‌های ما به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- ارائه دهندگان خارج از شبکه/فاقد قرارداد هیچ تعهدی در قبال درمان اعضای طرح ندارند بجز در موارد اورژانسی. برای کسب اطلاعات بیشتر از جمله تسهیم هزینهٔ خدمات خارج از شبکه با مرکز خدمات اعضای ما تماس بگیرید یا به *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- Wellcare مورد تأیید Medicare، این مزایا را به عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (Value-Based Insurance Design) ارائه می‌کند. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند.
- مزایای ذکر شده ممکن است بخشی از مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران دارای بیماری مزمن باشد. همه اعضا واجد شرایط نیستند.
- پوشش به موجب Wellcare by Health Net پوشش درمانی واجدشرایطی است که "حداقل پوشش ضروری" نامیده می‌شود. این پوشش الزام مسئولیت مشترک فردی مربوط به قانون محافظت از بیمار و ارائه خدمات درمانی کم‌هزینه (ACA) را برآورده می‌کند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط لازم و تعهدات مشترک افراد به وب‌سایت خدمات درآمد داخلی (IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه کنید.

فصل 1: شروع به کار به عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره Wellcare by Health Net به عنوان یک طرح بهداشتی است که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و همه خدمات شما و Medi-Cal را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاری داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید 9
B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal 10
B1. Medicare 10
B2. Medi-Cal 10
C. مزایای طرح ما 11
D. منطقه خدمات طرح ما 12
E. چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید 12
F. انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید 13
G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما 14
G1. تیم خدمات درمانی 14
G2. طرح خدمات درمانی 14
H. حق بیمه طرح ماهانه 15
I. *دفترچه راهنمای اعضای شما* 15
J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید 15
J1. کارت شناسایی طرح شما 15
J2. *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها* 16
J3. *فهرست داروهای تحت پوشش* 17

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

J4. *توضیح مزایا* 18

K. به روز نگه داشتن سابقه عضویت‌تان 18

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) 19

A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند ارائه می‌دهد. طرح ما متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلند مدت، ارائه دهندگان خدمات سلامت رفتاری و دیگر ارائه دهندگان است. همچنین شامل هماهنگ‌کننده‌های خدمات و تیم‌های خدمات درمانی است که در زمینه مدیریت همه ارائه‌دهندگان و خدمات به شما کمک می‌کنند. این اشخاص با یکدیگر همکاری می‌کنند تا خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه دهند.

تجربه‌ای که می‌توانید روی آن حساب کنید

شما در برنامه درمانی‌ای ثبت نام کرده‌اید که می‌توانید روی آن حساب کنید.

Wellcare by Health Net به بیش از یک میلیون نفر در Medicare و Medi-Cal کمک می‌کند تا خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. ما این کار را از طریق ارائه دسترسی بهتر به مزایا و خدمات Medicare و Medi-Cal به اضافه بسیاری خدمات دیگر انجام می‌دهیم:

- ما به خدمات مشتریان فوق‌العاده‌مان افتخار می‌کنیم؛ این خدمات با توجه و رسیدگی دقیق، مثبت و شخصی به شما که عضو ما هستید ممکن شده‌اند. کارکنان آموزش‌دیده مرکز خدمات ما، شما را منتظر نخواهند گذاشت و می‌توانند با استفاده از خدمات ترجمه شفاهی، به چند زبان از شما پشتیبانی کنند. ما برای کمک به شما در استفاده از مزایا، خدمات "ویژه" در اختیارتان قرار می‌دهیم و شما را همچون خانواده خود می‌دانیم تا از این طریق بتوانیم به سرعت پاسخگوی نیازهای درمانی شما باشیم.
- ما حدود 25 سال است که مشغول ایجاد شبکه‌های ارزشمندی از پزشکان هستیم. پزشکان و متخصصان شبکه Wellcare by Health Net ما با هم در گروه‌های پزشکی همکاری می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند که شما مراقبت‌های لازم را به هنگام نیاز دریافت کنید.
- جامعه شما یعنی جامعه ما - ما شرکتی در California، بنابراین کارمندان ما همان جایی زندگی می‌کنند که شما زندگی می‌کنید. ما در موارد زیر از جامعه محلی خود حمایت می‌کنیم:
  - معاینات غربالگری سلامت در همایش‌های محلی بهداشتی و مراکز اجتماع محلی
  - کلاس‌های رایگان آموزش سلامت

B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare نام برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

- اشخاص 65 سال به بالا،
- افراد زیر 65 سال که ناتوانی‌های خاصی دارند، و
- اشخاص مبتلا به مرحله آخر بیماری کلیوی (نارسایی کلیه).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت California 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 بلندمدت (LTSS) و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد.

هر ایالت درباره موارد زیر تصمیم‌گیری می‌کند:

- چه مواردی شامل درآمد و منابع مالی می‌شوند،
- چه کسی واجدشرایط است،
- چه خدماتی تحت پوشش است، **و**
- هزینه خدمات.

تصمیم‌گیری در مورد اجرای برنامه‌های ایالتی تا زمانی که تحت قوانین فدرال باشند بر عهده ایالت است.

Medicare و ایالت California طرح ما را تایید کردند. شما می‌توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از طریق برنامه ما تا زمانی دریافت کنید که:

- ما تصمیم بگیریم که برنامه را عرضه **کنیم، و**
- Medicare و ایالت California به ما اجازه دهند همچنان این برنامه را ارائه کنیم.

حتی اگر ما در آینده این طرح را ارائه نکنیم، شما همچنان واجد شرایط برای دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

C. مزایای طرح ما

اکنون تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود را از طرح ما دریافت خواهید کرد، از جمله داروهای تجویزی. **برای عضویت در این طرح سلامت هزینه اضافی پرداخت نمی‌کنید.**

ما کمک می‌کنیم مزایای Medicare و Medi-Cal شما همکاری بهتری داشته باشند و برای شما بهتر عمل کنند. برخی از مزایا عبارتند از:

- شما می‌توانید در مورد **تمام** نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک تیم مراقبت دارید که به آنها کمک می‌کنید امور را سر و سامان دهند. تیم مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، مراقبان شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان سلامت باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی خواهید داشت. مدیر پرونده فردی است که با شما و با طرح ما و همچنین با تیم مراقبت شما همکاری می‌کند تا یک طرح خدمات درمانی تنظیم کنید.
- شما می‌توانید مراقبت از خودتان را با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت مدیریت کنید.
- تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت با شما همکاری می‌کنند تا برنامه سلامتی تهیه کنید که برای رفع نیازهای مراقبتی **شما** طراحی شده باشد. تیم مراقبت به هماهنگ‌سازی خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. به عنوان مثال تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
  - پزشکان شما از کلیه داروهای مورد استفاده شما آگاه هستند تا اطمینان حاصل شود که داروهای صحیح را دریافت خواهید کرد و آنها می‌توانند عوارض جانبی احتمالی حاصل از داروها را کم کنند.
  - نتایج آزمایش شما در صورت لزوم با همه پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان به اشتراک گذاشته می‌شود.

اعضای جدید Wellcare by Health Net: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در Wellcare by Health Net برای مزایای Medicare خود در Wellcare by Health Net ثبت نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Wellcare by Health Net دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. لطفاً با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

D. منطقه خدمات طرح ما

ناحیه تحت پوشش ما شامل این شهرستان ها در California می باشد: Los Angeles، Riverside، San Bernadino و San Diego.

فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما ملحق شوند.

اگر به خارج از منطقه خدمات ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص اثرات نقل مکان به خارج از منطقه خدماتی ما به **فصل 8** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

E. چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید

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

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه خدمات جغرافیایی باشند به معنای این نیست که در اینجا زندگی می‌کنند.) **و**
- در زمان ثبت نام 21 ساله یا بیشتر باشید، **و**
- هر دو مورد Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید، **و**
- در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط بوده و مزایای کامل Medi-Cal را دریافت کنید، از جمله:
  - افرادی که شرایط لازم مربوط به تسهیم هزینه را دارند
  - ساکنان مرکز پرستاری با تسهیم هزینه، **و**
- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید.

برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر شرایط واجدشرایط بودن خود را از دست دادید اما به طور منطقی می‌توان انتظار داشت که ظرف 6 ماه مجدداً واجدشرایط شوید، همچنان واجد شرایط عضویت در طرح ما هستید (فصل 10، بخش E، صفحه 251 در مورد پوشش و اشتراک هزینه در این دوره به شما می‌گوید که به آن تداوم واجدشرایط بودن می‌گویند).

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

وقتی برای اولین بار به طرح ما ملحق می‌شوید، را ظرف 90 روز قبل یا بعد از تاریخ ثبت‌نام تست ارزیابی سلامت (HRA) بر روی شما انجام می‌گیرد.

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنایی برای توسعه برنامه مراقبت شما است. HRA شامل سوالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، LTSS و سلامت رفتاری و عملکردی شما می‌باشد.

برای تکمیل HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می‌توانیم HRA را از طریق تماس تلفنی، پست یا در وبسایت خود تکمیل کنیم.

ما اطلاعات بیشتری در مورد این HRA برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر طرح ما برای شما جدید است، می‌توانید از پزشکانی که اکنون استفاده می‌کنید برای مدت معینی استفاده کنید، حتی اگر در شبکه ما نیستند. ما این را تداوم مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می‌توانید ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت نام تا 12 ماه در صورت رعایت همه شرایط زیر حفظ کنید:

- شما، نماینده یا ارائه دهنده شما از ما می‌خواهید که به شما اجازه دهیم از ارائه دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- ما تأیید می‌کنیم که شما با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی، به استثنای برخی موارد، رابطه فعلی دارید. منظور ما از "رابطه فعلی" به این معنی است که شما در خلال 12 ماه قبل از تاریخ عضویت اولیه خود در طرح ما حداقل یکبار برای ویزیت‌های غیر اورژانسی به یک ارائه کننده خدمات خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
  - ما با بررسی اطلاعات سلامت‌تان که در دسترس است و یا اطلاعاتی که شما به ما ارائه کرده‌اید، ارتباط فعلی شما را تعیین می‌کنیم.
  - ما برای پاسخگویی به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. همچنین شما می‌توانید از ما درخواست کنید تا سریعتر تصمیم گیری کنیم و ما باید ظرف 15 روز به شما پاسخ دهیم.
  - وقتی درخواستی ثبت می‌کنید، شما یا خدمات‌دهنده‌تان باید اسنادی در مورد رابطه موجود نشان دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.

توجه: شما فقط می‌توانید این درخواست را برای خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، حمل و نقل، یا سایر خدمات جانبی که در طرح ما گنجانده نشده است، ارائه دهید. شما **نمی‌توانید** این درخواست را برای ارائه‌دهندگان DME، حمل و نقل یا سایر ارائه‌دهندگان کمک‌های جانبی انجام دهید.

بعد از پایان دوره تداوم دریافت خدمات درمانی، لازم است توسط سایر پزشکان یا ارائه‌کنندگان در شبکه Wellcare by Health Net ویزیت شوید که با گروه پزشکی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما همکاری دارند، مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه مورد نظر شما توافق‌نامه داشته باشیم. ارائه‌کنندهٔ شبکه

در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. وقتی در برنامه ما ثبت‌نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه Wellcare by Health Net انتخاب خواهید کرد. یک PCP نیز از این گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهید کرد. برای انتخاب PCP خود، به وبسایت ما در www.wellcare.com/healthnetCA بروید و یک PCP را از شبکه طرح ما انتخاب کنید. خدمات اعضا همچنین می‌تواند به شما در انتخاب PCP کمک کند. هنگامی که PCP خود را انتخاب کردید با خدمات اعضا تماس بگیرید و انتخاب خود را بگویید. PCP شما باید در شبکه ما باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات به **فصل 3** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما

G1. تیم خدمات درمانی

تیم خدمات درمانی می‌تواند به شما کمک کند تا مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت کنید. گروه درمانی ممکن است شامل پزشک شما، هماهنگ‌کننده مراقبت، یا مراقب دیگری باشد که خودتان انتخاب می‌کنید.

هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت کسی است که برای کمک به شما برای مدیریت مراقبتی که لازم دارید آموزش دیده است. یک هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت در هنگام ثبت نام در طرح ما به شما تخصیص داده می‌شود. این شخص همچنین شما را به منابع اجتماعی دیگری که ممکن است طرح ما ارائه نکند ارجاع می‌دهد و با تیم خدمات درمانی شما برای کمک به هماهنگی مراقبت شما همکاری خواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد هماهنگ کننده مراقبت و تیم خدمات درمانی خود با شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

G2. طرح خدمات درمانی

تیم مراقبتی‌تان با شما همکاری می‌کند تا یک طرح خدمات درمانی ایجاد کنید. طرح خدمات درمانی، خدمات مورد نیاز شما و نحوه دریافت آنها را به شما و پزشکان شما اطلاع می‌دهد. این برنامه شامل نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و LTSS شما است.

طرح خدمات درمانی شما شامل این موارد می‌باشد:

- اهداف مراقبت درمانی شما.
- یک جدول زمانی برای زمانی که باید خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنید.

تیم خدمات درمانی شما پس از ارزیابی سلامتی‌تان با شما ملاقات می‌کند. آنها در مورد خدمات مورد نیازتان با شما صحبت می‌کنند. آنها همچنین در مورد خدماتی که ممکن است شما علاقمند به دریافت آنها باشید با شما صحبت می‌کنند. طرح خدمات درمانی شما بر اساس نیازهای شما خواهد بود. تیم خدمات درمانی‌تان با شما همکاری خواهد کرد تا حداقل هر سال طرح خدمات درمانی خود را به‌روز کنید.

H. حق بیمه ماهانه

طرح ما حق بیمه ماهانه ندارد.

I. *دفترچه راهنمای اعضای شما*

دفترچه راهنمای اعضا شما، بخشی از قرارداد ما با شما است. این امر بدان معنا است که ما باید از تمام قوانین موجود در این سند پیروی کنیم. اگر فکر می‌کنید ما در مواردی خلاف این قوانین عمل کرده‌ایم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر به تصمیم ما را داشته باشید. برای کسب اطلاعات در مورد تجدیدنظرها، به **فصل 9**، بخش D، صفحه 197 از *دفترچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه، *دفترچه راهنمای اعضا* را درخواست کنید. همچنین می‌توانید به دفترچه راهنمای اعضا در وبسایت ما در آدرس اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید یا آن را دانلود کنید.

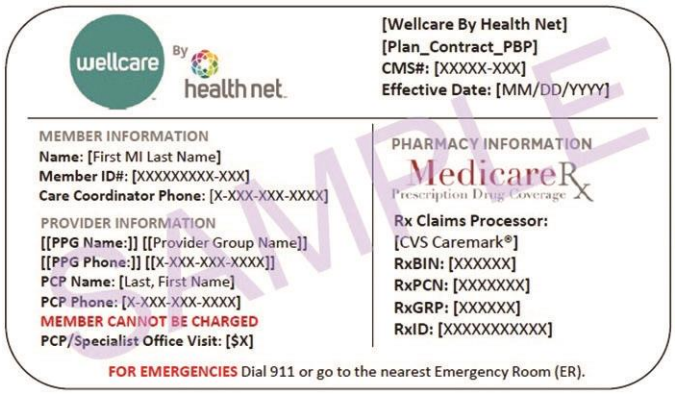
این قرارداد برای ماه‌هایی که در طرح ما ثبت‌نام می‌کنید بین 1 ژانویه 2023 و 31 دسامبر 2023 معتبر است.

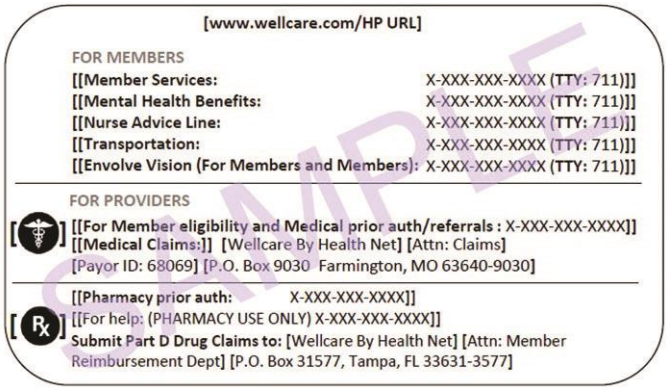
J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگری که در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل کارت شناسایی عضو، اطلاعات نحوه دسترسی به *فهرست ارائه دهنده و داروخانه*، و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به *فهرست داروهای تحت پوشش* است.

J1. کارت شناسایی طرح شما

بر اساس طرح ما، شما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود که تحت پوشش طرح ما هستند، شامل خدمات و پشتیبانی طولانی مدت، برخی خدمات سلامت رفتاری، و نسخه‌ها، دارید. وقتی هر گونه خدمات یا نسخه Part D را دریافت می‌کنید، این کارت را نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضو است:





اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

اگر کارت شناسایی عضو شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته است، فوراً و از طریق شماره پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما یک کارت جدید برای شما ارسال می‌کنیم.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، نیازی به استفاده از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی خود ندارید. از این کارت در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آن نیاز داشته باشید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت شناسایی اعضا نشان دهید، ارائه دهنده ممکن است به جای طرح درمانی ما برای Medicare صورتحساب بفرستد و شما ممکن است صورتحسابی را دریافت نمایید. برای اطلاع از اینکه در صورت دریافت صورت‌حساب از یک ارائه‌دهنده چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7**، بخش A صفحه 168 از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

- خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)
- خدمات تخصصی سلامت روان و اختلال مصرف مواد (SUD) شهرستان.
- خدمات برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)
- خدمات Rx یا ارائه‌دهندگان تحت پوشش Medi-Cal یا "Medi-Cal Rx"
- خدمات دندانپزشکی Medi-Cal برنامه‌های "Denti-Cal".
- خدمات معافیت مبتنی بر منزل و جامعه (Home and Community-Based Waiver، HCBS Services)

J2. *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها*

فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه، لیست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح ما را نشان می‌دهد. مادامی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید.

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه، دفترچه راهنمای اعضا را درخواست کنید. همچنین می‌توانید به دایرکتوری ارائه‌دهنده و داروخانه در آدرس اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید.

از طریق مرکز خدمات اعضا و این وب‌سایت می‌توانید جدیدترین اطلاعات مربوط به تغییرات ایجاد شده در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما را دریافت کنید. در این فهرست، *لیست متخصصین خدمات سلامت* (از جمله پزشکان، پرستاران و روانشناسان)، مراکز (مانند بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها) و ارائه‌کنندگان خدمات پشتیبانی (مانند ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در منزل و مراقبت از بزرگسالان در طول روز) ارائه شده است که شما به عنوان یکی از اعضای Wellcare by Health Net به آن‌ها دسترسی داشته باشید. همچنین فهرست داروخانه‌هایی ارائه شده است که می‌توانید برای دریافت داروی تجویزی به آن‌ها مراجعه کنید. فهرست داروخانه‌ها در این لیست شامل *خرده‌فروشان، داروخانه‌های ارسال‌کننده پستی*، تزریق در منزل و خدمات مراقبت بلندمدت (LTC) است.

تعریف ارائه‌کنندگان شبکه

- خدمات‌دهندگان شبکه ما شامل موارد زیر می‌شوند:
  - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت از سلامت که به عنوان عضو برنامه می‌توانید به آنها مراجعه کنید؛
  - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات سلامت را در برنامه ما ارائه می‌کنند؛ **و**
  - (LTSS)، خدمات و حمایت‌های بلندمدت خدمات درمانی رفتاری، سازمان‌های مراقبت خانگی، ارائه‌کنندگان لوازم پزشکی و سایرین که کالاها و خدماتی را ارائه می‌کنند که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.

ارائه‌دهندگان شبکه موافقت می‌کنند که پرداخت از طرح ما برای خدمات تحت پوشش را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

تعریف داروخانه‌های شبکه

- داروخانه‌های شبکه، داروخانه‌هایی هستند که موافقت کرده‌اند نسخه‌ها را به اعضای طرح ما ارائه کنند. برای یافتن داروخانه شبکه مورد نظر برای استفاده به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه* ها مراجعه کنید.
- به جز در موارد اورژانسی، اگر می‌خواهید در پرداخت هزینه نسخه از طرف طرح کمک دریافت کنید باید نسخه را در یکی از داروخانه‌های شبکه بپیچید.

برای اطلاعات بیشتر از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. هم خدمات اعضا و هم وب‌سایت ما می‌توانند به روزترین اطلاعات را در مورد تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان شبکه ما به شما ارائه دهند.

J3. *فهرست داروهای تحت پوشش*

این برنامه درمانی شامل *فهرست داروهای تحت پوشش* می‌باشد. به این فهرست مختصراً "فهرست دارویی" می‌گوییم. این فهرست به شما می‌گوید که طرح ما کدام داروهای تجویزی را پوشش می‌دهد.

فهرست دارویی همچنین در مورد هرگونه مقررات یا محدودیت‌های مربوط به هریک از داروها از قبیل محدودیت مقداری که می‌توانید دریافت کنید اطلاعاتی را به شما می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5**، بخش C، صفحه 146 *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

ما هر سال اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به لیست دارو را برای شما ارسال می‌کنیم اما بعضی از تغییرات ممکن است در طول سال رخ دهند. برای دریافت به روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وبسایت ما دیدن کنید (به اطلاعات پایین صفحه مراجعه کنید).

J4. *توضیح مزایا*

وقتی از مزایای داروی تجویزی Part D استفاده می‌کنید، ما گزارش خلاصه را برای شما ارسال خواهیم کرد تا به شما کمک شود داروهای تجویزی Part D خود را درک کرده و حساب آن‌ها را نگه دارید. این گزارش خلاصه *توضیح مزایای تحت پوشش بیمه*(EOB) خوانده می‌شود.

در شواهد پوشش (EOB) درباره مبلغ کل خرج شده توسط شما، یا خرج شده توسط دیگران از جانب شما برای داروهای نسخه‌ای Part D و مبلغ کلی که ما برای هر کدام از داروهای نسخه‌ای Part D در طول ماه پرداخت کرده‌ایم، توضیحاتی ارائه شده است. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می کنید مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهای دارای هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، در اختیار دارد. می توانید در مورد این گزینه های کم هزینه با پزشک نسخه‌نویستان صحبت کنید. **فصل 6،** بخش A صفحه 157 از دفترچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد EOB و اینکه چگونه به شما کمک می‌کند پوشش دارویی خود را پیگیری کنید، می‌دهد.

شما همچنین می‌توانید برای EOB درخواست کنید. برای دریافت کپی، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

K. به روز نگه داشتن سابقه عضویت‌تان

با اطلاع دادن به ما از تغییر اطلاعاتتان، می‌توانید سابقه عضویت خود را به روز نگه دارید.

ما به این اطلاعات نیاز داریم تا مطمئن شویم که اطلاعات صحیحی از شما در سوابق خود داریم. ارائه‌دهندگان شبکه و داروخانه‌های ما نیز به اطلاعات صحیحی در مورد شما نیاز دارند. **آنها از سوابق عضویت شما استفاده می‌کنند تا متوجه شوند که چه خدمات و داروهایی دریافت می‌کنید و هزینه این موارد برای شما چقدر است.**

فوراً در مورد موارد زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییرات ایجادشده در نام، آدرس یا شماره تلفن.
- تغییرات در هر پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند کارفرمای شما، کارفرمای همسرتان، یا کارفرمای شریک زندگی شما، یا غرامت کارگران.
- اگر هرگونه ادعای مسئولیت دارید، از قبیل ادعای خسارت برای حوادث رانندگی.
- پذیرش در بیمارستان یا مرکز پرستاری.
- خدمات درمانی در بیمارستان یا بخش اورژانس.
- تغییرات اطلاعات فردی که از شما مراقبت می‌کند (یا هر کسی که مسئول شما است)
- شما در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. (**توجه:** لازم نیست در مورد یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که در آن هستید یا بخشی از آن هستید به ما اطلاع دهید، اما ما، شما را تشویق می‌کنیم که این کار را انجام دهید.)

اگر اطلاعات تغییر کرد، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

اطلاعات موجود در سابقه عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات سلامت شخصی (PHI) باشد. قوانین فدرال و ایالتی ایجاب می‌کند که PHI شما را خصوصی نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای اطلاع از جزئیات بیشتر در خصوص نحوه محافظت ما از PHI شما، به **فصل 8**، بخش C1، صفحه 191 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

فصل2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس را برای منابع مهم در اختیار شما قرار می‌دهد که می‌تواند به شما کمک کند به سؤالات خود در مورد طرح ما و مزایای مراقبت‌های بهداشتی خود پاسخ دهید. همچنین در این فصل می‌توانید اطلاعاتی را درباره نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت و سایر کسانی که از طرف شما می‌توانند اقدام کنند، دریافت کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. مرکز خدمات اعضا.....22

B. هماهنگ کننده مراقبت شما 26

C. خط تلفن مشاوره پرستاری 29

D. خط بحران سلامت رفتاری.....30

E. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت
Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 31

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO).....32

G. Medicare.....33

H. Medi-Cal.....34

I. دفتر بازرسی (The Office of the Ombudsman).....35

J. خدمات اجتماعی شهرستان (County Social Services).....36

K. طرح بهداشت روان تخصصی شهرستان (County Specialty Mental Health Plan) 39

L. California Department of Managed Health Care 41

M. سایر منابع.....42

N. نهادهای مسئول سالمندان در منطقه 42

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

O. اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS) 43

P. تأمین اجتماعی 43

A. مرکز خدمات اعضا

تلفن تماس	1-800-431-9007 این تماس رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.
با این آدرس مکاتبه کنید	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
وب‌سایت	www.wellcare.com/healthnetCA

برای دریافت کمک با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به برنامه
- سؤالاتی در مورد مطالبات یا صورتحساب
- تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش بیمه سلامت
  - تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
    - مزایای شما و خدمات تحت پوشش، **یا**

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.

- اگر در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت درمانی خود سؤالی دارید با ما تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به **فصل 9**، بخش E، صفحه 206 *کتابچه راهنمای 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 اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم یا با آن مخالف هستید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدید نظر، به **فصل 9**، بخش E، صفحه 206 *دفترچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.
- شکایت‌های مربوط به بیمه مراقبت از سلامت
  - می‌توانید درباره ما یا هریک از ارائه‌کنندگان (شامل ارائه‌کنندگان خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما کار می‌کند. شما همچنین می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که از ما یا سازمان بهبود کیفیت دریافت می‌کنید شکایت کنید (به **بخش F**، صفحه 32 مراجعه کنید).
  - برای مطرح کردن شکایت خود می توانید با ما از طریق این شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.
  - اگر نسبت به تصمیم‌گیری درباره پوشش طرح خدمات درمانی خود شکایت دارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید (به بخش بالا مراجعه کنید).
  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
  - می توانید از طرح ما به برنامه Ombuds شکایت کنید با این شماره 1-855-501-3077 (TTY: 711)، 9 صبح الی 5 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود، به **فصل 9**، بخش K، صفحه 249 *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- تصمیمات پوشش در مورد داروهای تحت پوشش Medicare شما
  - تصمیم پوشش در مورد داروهای Medicare شما تصمیمی است در مورد موارد زیر:
    - مزایای شما و داروهای تحت پوشش Medicare، **یا**
    - مبلغی که ما برای داروهای Medicare شما می‌پردازیم.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.
- برای اطلاعات بیشتر درخصوص تصمیمات پوشش در مورد داروهای تجویزی Medicare خود، به **فصل 9**، بخش G، صفحه 224 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- درخواست تجدید نظر در مورد داروهای Medicare شما
  - تجدید نظر راهی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییرات در تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدید نظر در مورد داروهای تجویزی Medicare، به **فصل 9**، بخش G، صفحه 224 از *کتابچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.
- شکایت‌های مربوط به داروهای Medicare
  - شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل شکایتی در مورد داروهای تجویزی Medicare شما نیز می‌شود.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش در مورد داروهای تجویزی Medicare باشد، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. (به بخش بالا مراجعه کنید.)
  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا اینکه با این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) و راهنمایی دریافت کنید.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت در مورد داروهای تجویزی Medicare، به **فصل 9**، بخش K، صفحه 249 از *کتابچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید.
- پرداخت برای خدمات درمانی یا داروهای Medicare که قبلاً هزینه آنها پرداخت شده است
  - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحساب دریافتی، به **فصل 7**، بخش A، صفحه 168 از *کتابچه راهنمای 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**، بخش E، صفحه 206 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. هماهنگ کننده مراقبت شما

هماهنگ‌کننده مراقبت فرد اصلی است که با شما، برنامه سلامت، پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان درمانی شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود را از مرکز خدمات اعضا سؤال کنید. یک هماهنگ‌کننده مراقبت:

- به هماهنگ‌سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می‌کنند کمک می‌کند.
- او برای ایجاد طرح خدمات درمانی با شما همکاری می‌کند.
- او به شما کمک می‌کند که تصمیم بگیرید که چه کسانی در تیم مراقبتی شما خواهند بود.
- هماهنگ‌کننده مراقبت، اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می‌دهد.

اگر برای تماس با مسئول هماهنگی امور مراقبت سلامتتان به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر مایلید که هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید یا هرگونه سؤال دیگری دارید، لطفاً با شماره تلفنی که در زیر قید شده تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان تماس بگیرید قبل از اینکه وی با شما تماس بگیرد. به شماره زیر زنگ بزنید و درخواست صحبت با هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان را کنید.

تلفن تماس	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.

TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.
با این آدرس مکاتبه کنید	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
وب‌سایت	www.wellcare.com/healthnetCA

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

- سؤالات در مورد مراقبت درمانی شما
- سؤالات مربوط به سلامت رفتاری (خدمات مربوط به اختلالات سلامت روانی و سوء مصرف مواد مخدر)
- سؤال در مورد جابجایی
- سؤال در مورد خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS)

LTSS شامل خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS) و تسهیلات پرستاری (NF) 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 اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS)،
- مراقبت پرستاری تخصصی،
- فیزیوتراپی،
- کاردرمانی،

- گفتاردرمانی،
- خدمات اجتماعی پزشکی، **و**
- مراقبت درمانی در خانه.

خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS):
اعضای Medi-Cal که بعد از 18 سالگی دچار معلولیت جسمانی، روانی یا اجتماعی شده‌اند و می‌توانند در صورت واجد شرایط بودن، از خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS) بهره‌مند شوند.

اعضای واجد شرایط باید یکی از شرایط زیر را داشته باشند:

- نیازهایی که به اندازه کافی قابل توجه هستند تا واجدشرایط سطح مراقبت A در مرکز پرستاری (NF-A) باشند، مانند نیاز به خدمات پرستاری ماهر، معاینه پرستاری ماهر، مدیریت دارو، کمک به افراد دارای محدودیت‌های فیزیکی و/یا محدودیت‌های ذهنی یا بیشتر.
- معلولیت متعادل تا شدید ذهنی شامل آلزایمر یا سایر زوال‌های ذهنی متعادل تا شدید
- ناتوانی رشدی
- معلولیت ذهنی ملایم تا متعادل، شامل الزایمر یا زوال ذهنی و نیاز به امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:
  - حمام کردن
  - راه رفتن
  - لباس پوشیدن
  - حمل و نقل
  - غذا خوردن مستقل
  - مدیریت دارویی
  - توالت رفتن
  - نظافت
- بیماری مزمن روانی یا مصدومیت مغزی و نیاز به امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:
  - حمام کردن
  - توالت رفتن
  - لباس پوشیدن
  - راه رفتن
  - غذا خوردن مستقل
  - حمل و نقل
- مدیریت دارویی یا نیاز به کمک یا نظارت برای یکی موارد فوق و یکی از موارد زیر:
  - نظافت
  - مدیریت مالی
  - دسترسی به منابع

- تهیه خوراک
- حمل و نقل

- انتظار منطقی مبنی بر اینکه خدمات پیشگیری، میزان کنونی عملکرد را حفظ کرده یا بهبود خواهند داد (برای مثال در موارد آسیب مغزی ناشی از شوک یا عفونت)
- احتمال وخیم‌تر شدن بیماری و احتمال بستری دائم در مؤسسات درمانی اگر CBAS موجود نباشد (برای مثال، در موارد غدد مغزی یا زوال ذهنی مربوط به HIV)

مراکز پرستاری (NF):

اعضا باید به مراقبت کوتاه‌مدت یا بلندمدت 24 ساعته که توسط پزشک تجویز شده نیاز داشته باشند تا برای مراقبت بلندمدت (LTC) یا اقامت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) واجد شرایط باشند.

C. خط تلفن مشاوره پرستاری

خط تلفن مشاوره پرستاری Wellcare by Health Net خدماتی است که تماس‌های تلفنی رایگان آن به منظور آموزش و مشاوره پرستاری از طرف متخصصین بالینی آموزش‌دیده به صورت 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته، 365 روز سال قابل دسترسی می‌باشند. خط تلفن مشاوره پرستاری ارزیابی‌های فوری مراقبت‌های درمانی فراهم می‌کند تا اعضا بتوانند به کمک آن سطح مراقبت مورد نیاز در لحظه را تعیین کنند. در کلینیک مشاوره حضوری و شخصی ارائه می‌شود، به سؤال‌های مربوط به سلامت پاسخ داده می‌شود و خدمات پشتیبانی و مدیریت علائم بیماری ارائه می‌شود که به اعضا کمک می‌کند در مورد درمان و مراقبت خود با اطمینان تصمیم‌های مناسبی بگیرند. اعضا می‌توانند از طریق تماس با خدمات اعضای Wellcare by Health Net به شماره مندرج در پشت کارت شناسایی عضویت خود به خط تلفن مشاوره پرستاری دسترسی پیدا کنند. شما می توانید با خط تماس مشاوره پرستاری در مورد سؤالات مربوط به سلامتی یا مراقبت های بهداشتی خود تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-800-893-5597 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

D. خط بحران سلامت رفتاری

شبکه سلامت مدیریت‌شده (MHN) یک خط اضطراری سلامت رفتاری شبانه‌روزی دارد که اعضا از طریق آن می‌توانند چنین کمک‌هایی را دریافت کنند. اعضا می‌توانند در این تماس با متخصص دارای مجوز صحبت کنند که به آن‌ها کمک می‌کند خدمات مورد نیازشان را دریافت کنند. اعضا می‌توانند از طریق تماس با شماره زیر به این خط بحران دسترسی داشته باشند.

تلفن تماس	1-855-464-3571 این تماس رایگان است. متخصصان بالینی سلامت رفتاری دارای مجوز، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، 365 روز سال در دسترس می‌باشند. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. متخصصان بالینی سلامت رفتاری دارای مجوز، در 24 ساعت شبانه‌روزی، 7 روز هفته، 365 روز سال در دسترس می‌باشند.

برای دریافت کمک با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- سؤال درباره سلامت رفتاری و خدمات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر
- Wellcare by Health Net دسترسی شبانه روزی به اطلاعات و توصیه پزشکی را به شما ارائه می‌کند. وقتی تماس می‌گیرید، متخصصین سلامت رفتاری ما به سؤالات مربوط به تندرستی شما پاسخ خواهند داد. اگر نیاز درمانی فوری دارید که اضطراری نیست، می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و7 روز هفته، 365 روز برای سؤالات بالینی سلامت رفتاری با خط اضطراری سلامت رفتاری ما تماس بگیرید.

برای سؤالات مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان شهرستان خود، به **بخش K** مراجعه کنید.

E. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) در واقع مشاوره بیمه درمانی رایگان را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که در Medicare عضو هستند. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهد و کمک کنند بدانید برای مدیریت مشکل خود چه کار کنید. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر شهرستان دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد.

تلفن تماس	1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 عصر.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 عصر.
با این آدرس مکاتبه کنید	HICAP رجوع کنید به https://cahealthadvocates.org/hicap/ تا محل دفاتر شهرستان را بیابید
وب‌سایت	https://cahealthadvocates.org/hicap/

با HICAP تماس بگیرید تا درخصوص موارد زیر کمک دریافت کنید:

- سوالاتی در مورد طرح ما یا Medicare
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما درباره تغییر و جابجایی به یک برنامه جدید پاسخ داده و کمکتان کنند:
  - آگاهی از حقوقتان،
  - اطلاع یافتن از گزینه‌های طرح
  - شکایت‌های مربوط به مراقبت بهداشتی یا درمان، **و**
  - برطرف کردن مشکلات مربوط به صورتحساب ها.

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Livanta دارد. این سازمان از گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت درمانی تشکیل شده است که به بهبود کیفیت مراقبت اعضای Medicare کمک می‌کنند. Livanta ربطی به برنامه ما ندارد.

تلفن تماس	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وب‌سایت	www.livantaqio.com

با Livanta تماس بگیرید تا درخصوص موارد زیر کمک دریافت کنید:

- سؤال درباره حقوق خدمات درمانی
- در موارد زیر می‌توانید در مورد خدمات درمانی که دریافت می‌کنید شکایت کنید:
  - اگر مشکلی در رابطه با کیفیت درمان دارید،
  - اگر فکر می‌کنید مدت زمان بستری شدن در بیمارستان بسیار زود تمام شده است، **یا**
  - اگر فکر می‌کنید خدمات مراقبت از سلامت شما در منزل، مراکز پرستاری حرفه‌ای یا مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) بسیار سریع تمام شده است.

G. Medicare

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

سازمان فدرال مسئول Medicare در واقع مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS می‌باشد.

تلفن تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048 این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
وب‌سایت	medicare.gov این وب‌سایت رسمی برای Medicare می‌باشد. این وب‌سایت اطلاعات به روزی را در مورد Medicare به شما می‌دهد. همچنین اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان، پزشکان آژانس‌های بهداشت خانگی، تسهیلات دیالیز، تسهیلات توانبخشی سرپایی و آسایشگاه‌ها در اختیار دارد. همچنین شامل وب سایت ها و شماره تلفن های مفید است. این وب سایت کتابچه‌ای دارد که مستقیماً از طریق کامپیوتر قابل چاپ است. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مرکز سالمندان ممکن است بتوانند به شما کمک کنند تا با استفاده از کامپیوترشان از این وب‌سایت بازدید کنید. یا می‌توانید از طریق شماره عنوان شده در بالا با Medicare تماس بگیرید و درباره چیزی که مد نظرتان است با آن‌ها صحبت کنید. آنها اطلاعات را در وبسایت پیدا می‌کنند و اطلاعات را با شما بررسی می‌کنند.

H. Medi-Cal

Medi-Cal در ایالت Medicaid California نامیده می‌شود. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز را برای افراد کم درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، مراقبت پرورشی، زنان باردار، و افراد مبتلا به بیماری‌های خاص مانند سل، سرطان سینه یا HIV/ایدز ارائه می‌کند. Medi-Cal توسط دولت ایالتی و فدرال تأمین مالی می‌شود.

تلفن تماس	1-844-580-7272 Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وب‌سایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. دفتر بازرسی (The Office of the Ombudsman)

Ombudsman، دفتری در ایالت شما است که به عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. در صورت داشتن مشکل یا شکایت ، آنها می توانند به سوالات پاسخ دهند و می توانند به شما در درک آنچه باید انجام دهید کمک کنند. Ombudsman همچنین می تواند در مشکلات سرویس یا صورتحساب به شما کمک کند. Ombudsman به طور خودکار در یک شکایت طرف کسی را نخواهد گرفت. آنها همه طرف‌ها را بی طرفانه و با نگاه کلی می‌نگرند. وظیفه آنها کمک به ایجاد راه حل‌های منصفانه برای مشکلات در خصوص دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. خدمات آن‌ها رایگان است.

تلفن تماس	1-888-452-8609 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.
TTY	711 این تماس رایگان است.
با این آدرس مکاتبه کنید	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وب‌سایت	www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. خدمات اجتماعی شهرستان (County Social Services)

اگر در رابطه با خدماتی مانند مزایای قابل اعمال که خدمات اجتماعی شهر در مورد آن‌ها یاری می‌کند به کمک نیاز دارید، با اداره خدمات اجتماعی شهر محل خود تماس حاصل فرمایید. برای اطلاعات خاص شهرستان خود به زیر مراجعه کنید.

شهرستان لس آنجلس:	
تلفن تماس	1-866-613-3777 این تماس رایگان است. به جز روزهای تعطیل: دوشنبه تا جمعه، از 7:30 صبح تا 7:30 عصر. شنبه، از 8:00 صبح تا 4:30 عصر
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 7:30 صبح تا 7:30 عصر. شنبه، از 8:00 صبح تا 4:30 عصر
با این آدرس مکاتبه کنید	برای یافتن نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی، به سایت dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html یا بخش White Pages در زیر COUNTY GOVERNMENT دفترچه تلفن خود مراجعه کنید.
وب‌سایت	dpss.lacounty.gov

شهرستان Riverside	
تلفن تماس	خدمات اداری — 3000-358 (951) خدمات غیر اورژانسی کودکان — 5650-358 (951) تیم فرزندخواندگی— 3555-358 (951) خدمات حفاظتی بزرگسالان — 7123-491 (800) این تماس رایگان است. خودکفایی – 8827-410 (877) خدمات حمایتی در خانه / مقامات دولتی — 4477-960-888-1 این تماس رایگان است. 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 8:00 صبح الی 5:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه.
با این آدرس مکاتبه کنید	برای یافتن نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی و ساعات کاری، به سایت https://rivcodpss.org/office-locations یا بخش White Pages در زیر COUNTY GOVERNMENT دفترچه تلفن خود مراجعه کنید.
وب‌سایت	https://rivcodpss.org/

شهرستان San Bernardino	
تلفن تماس	1-909-891-3900 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8:30 صبح تا 5 عصر.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 8:30 صبح تا 5 عصر.
با این آدرس مکاتبه کنید	برای یافتن نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی، به سایت http://hss.sbcounty.gov/daas/Contact_Us.aspx یا بخش White Pages در زیرCOUNTY GOVERNMENT دفترچه تلفن خود مراجعه کنید.
وب‌سایت	http://hss.sbcounty.gov/daas/

در شهرستان San Diego	
تلفن تماس	1-800-339-4661. این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8:30 صبح تا 5 عصر.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 8:30 صبح تا 5 عصر.
با این آدرس مکاتبه کنید	برای یافتن نزدیک‌ترین دفتر خدمات اجتماعی، به سایت https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html یا بخش White Pages در زیرCOUNTY GOVERNMENT دفترچه تلفن خود مراجعه کنید.
وب‌سایت	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/facilities.html

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

K. طرح بهداشت روان تخصصی شهرستان (County Specialty Mental Health Plan)

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق برنامه سلامت روان شهرستان mental health plan (MHP) در صورتی در دسترس شما قرار دارد که شرایط ضرورت پزشکی را داشته باشید.

تلفن تماس	**خط تلفن مخصوص سازمان سلامت روان (DMH) شهرستان Los Angeles:** فوری: *خط دسترسی مرکز* 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است. روتین(Routine): 800-854-7771 سوء مصرف مواد(Substance Use Disorder، SUD): خط کمکی مربوط به خدمات سوء مصرف مواد 844-804-7500 (SASH) **Riverside County Department of Mental Health** فوری: 800-499-3008 یا 2499-509-(951) خط CARES برقراری تماس رایگان است. سوء مصرف مواد یا SUD: خط CARES برای سوء مصرف مواد: 800-499-3008 داخلی 6 **اداره بهداشت رفتاری شهرستان San Bernardino** فوری: خط راهنمای 7/24 دسترسی و ارجاع 888-743-1478 یا 909-386-8256 برقراری تماس رایگان است. سوء مصرف مواد(Substance Use Disorder، SUD): مرکز ارزیابی و ارجاع غربالگری (Screening Assessment and Referral Center، SARC) 909-421-4601; SUD: 800-968-2636 **San Diego County** خط دسترسی و بحران، ارجاع ها 888-724-7240 برقراری تماس رایگان است. سوء مصرف مواد(Substance Use Disorder، SUD): 888-724-7240 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.

TTY	711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال

برای کمک در موارد زیر با طرح تخصصی بهداشت روان شهرستان تماس بگیرید:

- اگر درباره خدمات سلامت رفتاری ارائه‌شده توسط شهرستان سؤالی دارید
- برای اطلاعات محرمانه و رایگان سلامت روان، ارجاعات به ارائه‌کنندگان خدمات و مشاوره بحران در هر روز یا زمان، با خط تلفن اداره سلامت روان Los Angeles تماس بگیرید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

L. California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی است. مرکز پشتیبانی DMHC در مورد درخواست تجدیدنظر و شکایات شما در مورد خدمات Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند.

تلفن تماس	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.
شماره مخصوص افراد دارای مشکل شنوایی یا تکلم	1-877-688-9891 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وب‌سایت	www.dmhc.ca.gov

M. سایر منابع

برنامه بازرسان اتحادیه مصرف کنندگان سلامت (Health Consumer Alliance، HCA) به‌طور رایگان به افرادی که در تلاش برای دریافت یا حفظ پوشش بهداشتی و حل مشکلات برنامه‌های درمانی خود هستندکمک می‌کند.

اگر درخصوص موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- برنامه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌تان
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدیدنظر خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
- صورتحساب پزشکی
- خدمات پشتیبانی در خانه (In-Home Supportive Services، IHSS)

اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت (Health Consumer Alliance) در رسیدگی به شکایات، درخواست تجدیدنظر و دادرسی کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه Health Consumer Alliance عبارت است از 1-888-804-3536.

N. نهادهای مسئول سالمندان در منطقه

نهاد مسئول سالمندان در منطقه محلی شما می‌تواند اطلاعاتی در اختیار شما قرار داده و در هماهنگ‌سازی خدمات موجود برای سالخوردگان کمک کند.

تلفن تماس	1-800-510-2020 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل
وب‌سایت	https://aging.ca.gov/

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

O. اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS)

شما به عنوان عضوی در برنامه ما برای Medicare و Medi-Cal (Medicaid) واجد شرایط هستید. Medi-Cal (Medicaid) یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه‌های پزشکی به برخی افراد که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند. اگر در مورد کمکی که می‌توانید از Medi-Cal (Medicaid) دریافت کنید سؤالی دارید، با اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS) تماس بگیرید.

تلفن تماس	1-888-452-8609 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل
وب‌سایت	www.dhcs.ca.gov/individuals

P. تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی مسئول تشخیص واجد شرایط بودن و رسیدگی به عضویت Medicare می‌باشد. شهروندان آمریکا به سن 65 سال به بالا یا آن‌هایی که مبتلا به معلولیت یا بیماری کلیوی مرحله نهایی هستند و شرایط خاصی را برآورده می‌کنند برای Medicare واجد شرایط هستند. اگر در حال حاضر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت می‌کنید، عضویت در Medicare خودکار می‌باشد. اگر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت نمی‌کنید، باید در Medicare ثبت نام کنید. تأمین اجتماعی به روال عضویت در Medicare رسیدگی می‌کند. برای درخواست Medicare، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید یا از دفتر محلی تأمین اجتماعی بازدید کنید.

تأمین اجتماعی مسئول تصمیم‌گیری در مورد این است که چه کسی باید مبلغ بیشتری را برای پوشش داروی Part D بپردازد چون درآمد بیشتری دارد. اگر نامه‌ای از سوی تأمین اجتماعی دریافت کردید مبنی بر اینکه باید مبلغ بیشتری بپردازید و در مورد این مبلغ سؤالاتی دارید یا اگر درآمد شما به خاطر پیشامدی که در اوضاع زندگی شما ایجاد شده کاهش پیدا کرده است، می‌توانید برای بازنگری با تأمین اجتماعی تماس بگیرید.

اگر نقل مکان کنید یا نشانی پستی خود را تغییر دهید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس گرفته تا به آن‌ها خبر دهید.

تلفن تماس	1-800-772-1213 این تماس رایگان می‌باشد. 8:00 صبح الی 7:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه شما می‌توانید از خدمات تلفن خودکار تأمین اجتماعی جهت دریافت اطلاعات ثبت‌شده و برخی کارها در تمام 24 ساعت و7 روز هفته، 365 روز استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این تماس رایگان است. این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. 8:00 صبح الی 7:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه شما می‌توانید از خدمات تلفن خودکار تأمین اجتماعی جهت دریافت اطلاعات ثبت‌شده و برخی کارها در تمام 24 ساعت و7 روز هفته، 365 روز استفاده کنید.
وب‌سایت	www.ssa.gov

فصل3: استفاده از پوشش بیمه برنامه ما برای خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

این فصل حاوی شروط و قواعد خاصی می‌باشد که شما باید برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش طرح ما از آنها مطلع باشید. این فصل همچنین در مورد هماهنگ‌کننده مراقبت شما، چگونگی دریافت خدمات مراقبتی از انواع مختلف ارائه دهندگان و تحت برخی شرایط خاص (از جمله از ارائه دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، آنچه باید در صورت دریافت مستقیم صورتحساب برای خدمات تحت پوشش ما انجام دهید، و قوانین مربوط به استفاده از تجهیزات پزشکی با طول عمر بالا (DME) اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه‌دهندگان 47

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد 47

C. هماهنگ کننده مراقبت شما 49

C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست 49

C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود تماس بگیرید 49

C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود را تغییر دهید 50

D. مراقبت از سوی ارائه دهندگان 50

D1. خدمات درمانی از یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه 50

D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان شبکه 53

D3. هنگامیکه یک ارائه دهنده، طرح درمانی ما را ترک می‌کند 54

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه: 55

E. خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و اعتیاد) 55

E1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما ارائه می‌شود 56

F. خدمات ایاب و ذهاب 59

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA

F1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی 59
F2. حمل‌ونقل غیرپزشکی 60
G. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه 62
G1. مراقبت در اورژانس پزشکی 62
G2. مراقبت‌های اورژانسی ضروری 63
G3. مراقبت در شرایط بروز بلایا 64
H. اگر صورتحسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید 65
H1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد چه باید کرد 65
I. پوشش خدمات درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده اید 66
I1. تعریف پژوهش تحقیقاتی کلینیکی 66
I2. پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت زمانی که در پژوهش تحقیقانی کلینیکی حضور دارید 66
I3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی 67
J. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی چطور تحت پوشش قرار می‌گیرد 67
J1. تعریف مؤسسه درمان سلامت غیرپزشکی مذهبی 67
J2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی 67
K. تجهیزات پزشکی بادوام (DME) 68
K1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما 68
K2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare 68
K3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو برنامه ما 69
K4. تجهیزات اکسیژن هنگامی که به طرح بیمه Original Medicare تغییر وضعیت دهید 69

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه‌دهندگان

خدمات مراقبت‌های بهداشتی (مانند ویزیت پزشک و درمان پزشکی)، خدمات و پشتیانی‌های طولانی مدت (LTSS)، لوازم، خدمات بهداشت رفتاری (شامل سلامت روان و تندرستی)، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدمات. **خدمات تحت پوشش** هر یک از خدماتی هستند که برنامه درمانی ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند. خدمات درمانی، سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS) تحت پوشش در جدول مزایا در **فصل 4**، بخش F، صفحه 136 از کتابچه راهنمای اعضا ذکر شده است. *داروهای تحت پوشش نسخه ای و بدون نسخه در **فصل 5**، بخش B، صفحه 146 کتابچه راهنمای اعضا شما آمده* است.

ارائه دهندگان عبارتند از پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی که خدمات درمانی و مراقبتی را برای شما ارائه می‌کنند. واژه ارائه دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (LTSS) است.

ارائه دهندگان شبکه، ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری دارند. این ارائه دهندگان مبلغ پرداخت شده توسط ما را به عنوان کل مبلغ قابل پرداخت می‌پذیرند. شبکه خدمات‌دهندگان برای مراقبتی که به شما می‌دهند مستقیماً برای ما صورتحساب ارسال می‌کنند. زمانی که از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده می‌کنید، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش آن پرداخت نخواهید کرد.

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

طرح ما خدمات Medicare را پوشش داده و همه خدمات Medi-Cal را پوشش می‌دهد یا هماهنگ می‌کند. این مورد شامل خدمات سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS) است.

طرح ما خدمات مراقبت بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری و LTSS را که در راستای قوانین ما دریافت می‌کنید، برایتان هماهنگ می‌کند. برای اینکه تحت پوشش برنامه‌تان باشید:

- خدمات درمانی که دریافت می‌کنید باید جزء **مزایای برنامه** باشد. این بدان معناست که ما در نمودار مزایای خود در **فصل 4**، بخش D، صفحه 77 *کتابچه راهنمای اعضا* شما، آن را قرار می‌دهیم.
- خدمات درمانی باید **ضرورت پزشکی** داشته باشد. منظور ما از ضرورت پزشکی، خدمات مهمی است که معقول هستند و از جان محافظت می‌کنند. مراقبت ضروری پزشکی، خدمات مهمی است که افراد را از بیماری جدی یا ناتوانی در امان نگه می‌دارد و با درمان بیماری، بیماری یا جراحت، درد شدید را کاهش می‌دهد.
- برای خدمات پزشکی، باید یک **ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP)** داخل شبکه داشته باشید که درمان را تجویز کرده باشد یا به شما گفته باشد که نزد ارائه‌دهنده دیگری بروید. به عنوان عضو برنامه درمانی، باید یک ارائه‌کننده داخل شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

- در بیشتر موارد، PCP شبکه شما باید پیش از اینکه بتوانید از یک ارائه‌دهنده استفاده کنید که PCP شما نیست یا از ارائه دهنده دیگری در شبکه طرح درمانی استفاده کنید به شما تأییدیه بدهد. این کار **ارجاع** نام دارد. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم. برای ویزیت توسط بعضی متخصصان خاص مثل متخصص زنان نیازی به ارجاع ندارید.

- پزشکان PCP برنامه درمانی ما به گروه‌های پزشکی مختلفی وابسته هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. این امر بدین معنی است که PCP شما را به متخصصان و خدماتی که با گروه پزشکی آنها همکاری دارند هم ارجاع خواهد داد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCPها، متخصصین و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند.

- برای مراقبت اورژانسی یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد یا مراجعه به ارائه‌کننده مراقبت بهداشتی زنان، به ارجاع از PCP خود نیازی ندارید. شما می‌توانید انواع دیگری از مراقبت‌ها را بدون ارجاع از PCP دریافت کنید (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش D1 صفحه 50 در این فصل مراجعه کنید.

- **باید خدمات درمانی را از آن دسته از ارائه‌کنندگان شبکه دریافت کنید که با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند**. معمولاً ما خدمات درمانی از طرف ارائه دهنده‌ای که با طرح درمانی ما و گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارد را نمی‌پذیریم. این بدان معنی است که شما باید برای خدمات ارائه شده از سوی ارائه دهندگان خارج از شبکه مبلغ را به طور کامل به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. در اینجا چند مورد ذکر می‌شوند که این قاعده اطلاق پذیر نمی‌باشد:

- ما مراقبت‌های اضطراری یا مورد نیاز فوری را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم (برای اطلاعات بیشتر در مورد این موضوع، به بخش H در فصل مراجعه کنید.

- اگر به خدمات درمانی تحت پوشش طرح ما نیاز دارید و ارائه دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید این خدمات درمانی را از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. اگر لازم است نزد ارائه‌کننده خارج از شبکه بروید، به تأییدیه قبلی (prior authorization، PA) نیاز خواهد بود. پس از دریافت تأییدیه، به ارائه‌کننده درخواست‌کننده و ارائه‌کنندهٔ موافقت‌کننده درباره تأیید مجوز اطلاع داده خواهد شد. در این شرایط، ما خدمات درمانی را به صورت رایگان تحت پوشش قرار می‌دهیم.

- هنگامی که شما برای مدت کوتاهی خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده به طور موقت فعالیت نمی‌کند یا قابل دسترسی نمی‌باشد، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم. شما می‌توانید این خدمات را در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت کنید.

- هنگامی که برای اولین بار به طرح ما ملحق شدید، می‌توانید درخواست کنید که همچنان به مراجعه به ارائه‌دهندگان فعلی خود ادامه دهید. با در نظر گرفتن بعضی از

موارد استثنا، اگر بتوانیم مشخص کنیم که شما در زمان حال با ارائه‌دهندگان مربوطه مرتبط هستید، لازم است که این درخواست را تأیید کنیم. به **فصل 1**، بخش F، صفحه 13 *کتاب راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید. اگر ما درخواست شما را تأیید کنیم، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌کننده‌های کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. در طول این مدت هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت با شما تماس می‌گیرد تا در یافتن ارائه‌دهندگان موجود در شبکهٔ ما که با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند به شما کمک کند. بعد از 12 ماه اگر همچنان بخواهید توسط ارائه‌کنندگانی ویزیت شوید که در شبکه ما نیستند و با گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارند، این خدمات دیگر تحت پوشش ما نخواهند بود.

اعضای جدید Wellcare by Health Net: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در Wellcare by Health Net برای مزایای Medicare خود در Wellcare by Health Net ثبت نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Wellcare by Health Net دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. از طریق این شماره با ما تماس بگیرید، 1-800-431-9007 (TTY: 711). تماس بگیرید و سؤالات خود را مطرح کنید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

C. هماهنگ کننده مراقبت شما

C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست

هماهنگ‌کننده مراقبت فرد اصلی است که با شما، برنامه سلامت و ارائه‌کنندگان درمانی شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید. هماهنگ‌کننده مراقبت به هماهنگ‌سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می‌کنند کمک می‌کند. آنها برای ایجاد طرح خدمات درمانی با شما همکاری می‌کنند. آنها به شما کمک می‌کنند که تصمیم بگیرید که چه کسانی در تیم مراقبتی شما خواهند بود. هماهنگ‌کننده مراقبت اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می‌دهد. این موضوع همچنین به شما کمک خواهد کرد تا تصمیماتی را اتخاذ کنید که برای شما درست هستند. (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش C در صفحه 11 و G1 در صفحه 14 در فصل 1 مراجعه کنید.)

C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود تماس بگیرید

مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت وقتی عضو برنامه درمانی ما می شوید برای شما تعیین خواهد شد. هماهنگ‌کننده مراقبت هنگام ثبت نام در برنامه با شما تماس خواهد گرفت. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود را از مرکز خدمات اعضا سؤال کنید. اگر برای تماس با مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامتتان به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود را تغییر دهید

اگر می‌خواهید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر به کمک بیشتر نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا ما از طریق شماره تلفن 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

D. مراقبت از سوی ارائه دهندگان

D1. خدمات درمانی از یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه

شما باید یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) را برای ارائه و مدیریت مراقبت خودتان انتخاب کنید. پزشکان PCP برنامه درمانی ما به گروه‌های پزشکی مختلفی وابسته هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید.

تعریف "PCP" و این که PCP چه کاری برای شما انجام می‌دهد

وقتی در برنامه درمانی ما عضو می‌شوید، باید یک ارائه‌کننده شبکه Wellcare by Health Net را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. PCP شما پزشکی است که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی پایه به شما کارآموزی دیده است. این متخصصین شامل پزشکانی می‌شوند که مراقبت پزشکی عمومی/خانوادگی را ارائه می‌کنند، متخصصین طب داخلی که مراقبت پزشکی داخلی را ارائه می‌کنند و متخصصین زنان و زایمانی (OB/GYNs) که مراقبت برای خانم‌ها را ارائه می‌کنند.

شما بیشتر مراقبت عادی یا پایه خود را از PCP تان دریافت می‌کنید. PCP شما در مدیریت سایر خدمات تحت پوششی که به عنوان عضو برنامه ما دریافت می‌کنید نیز به شما کمک خواهد کرد. شامل این موارد:

- پرتوبرداری با اشعه ایکس،
- تست‌های آزمایشگاهی،
- درمان ها،
- مراقبت از سوی پزشکانی که متخصص هستند،
- پذیرش در بیمارستان، و
- مراقبت پیگیری.

"هماهنگ‌سازی" خدمات تحت پوشش شما شامل کنترل یا مشاوره با سایر ارائه‌کنندگان برنامه درمانی در مورد مراقبت شما و نحوه انجام آن می‌باشد. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم نیاز دارید، باید اجازه PCP خود را از قبل دریافت کنید (از قبیل ارائه ارجاع به شما برای رفتن نزد متخصص). PCP شما برای برخی خدمات لازم خواهد بود که تأیید اولیه را دریافت کند (اجازه از قبل). اگر خدمات مورد نیاز شما به تأیید قبلی نیاز دارند، PCP شما این اجازه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد

کرد. چون PCP شما مراقبت پزشکی شما را ارائه کرده و هماهنگ می‌کند، شما باید ترتیب ارسال همه پرونده‌های پزشکی گذشته خود را به مطب PCP خود بدهید.

همانطور که در فوق توضیح داده شد، شما معمولاً برای بیشتر نیازهای مراقبت درمانی عادی خود ابتدا نزد PCP تان خواهید رفت. وقتی PCP شما تصور می‌کند که به درمان تخصصی نیاز دارید، وی لازم خواهد بود که به شما یک ارجاع (اجازه از قبل) را برای مراجعه به متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه‌کنندگان خاص ارائه کند. تنها چند نوع خدمات تحت پوشش وجود دارند که می‌توانید بدون تأیید اولیه از PCP خود دریافت کنید که در بالا توضیح داده شد.

هر عضو یک PCP دارد. PCP حتی می‌تواند یک درمانگاه باشد. خانم‌ها می‌توانند به عنوان PCP خود یک متخصص زنان/ زایمان یا کلینیک تنظیم خانواده را انتخاب کنند.

شما می‌توانید یک کارشناس پزشکی غیر پزشک را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. کارشناسان غیر پزشک عبارتند از: ماماهای رسمی، پرستاران رسمی و دستیاران پزشکی. شما به PCP ناظر ارتباط داده می‌شوید، اما خدمات خود را از کارشناس غیر پزشک انتخابی خود دریافت خواهید کرد. شما اجازه دارید که با عوض کردن PCP ناظر، کارشناس انتخابی خود را تغییر دهید. نام PCP ناظر در کارت شناسایی شما چاپ خواهد شد. ممکن است بتوانید متخصصی را به عنوان PCP خود داشته باشید. باید آن متخصص بخواهد و قادر باشد مراقبتی که لازم دارید را ارائه کند.

انتخاب مرکز سلامت مورد تأیید فدرال (FQHC) یا کلینیک سلامت روستایی (RHC) به عنوان PCP

یک FQHC یا RHC درمانگاهی است که می‌تواند PCP شما به حساب آید. FQHC و RHC مراکز درمانی هستند که خدمات مراقبتهای درمانی اصلی ارائه می‌کنند. برای اطلاع از نام و آدرس FQHC و RHCهایی که با Wellcare by Health Net همکاری دارند می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا به *فهرست خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید.

انتخاب PCP

وقتی در برنامه ما ثبت نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه ما انتخاب خواهید کرد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCPها، متخصصین و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند. یک PCP نیز از این گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهید کرد. مراجعه به مطب پزشک اولیه شما، باید برایتان آسان باشد. می‌توانید برای یک PCPای درخواست بدهید که در فاصله 10 مایل یا 30 دقیقه از محل سکونت یا کار شما باشد. گروه‌های پزشکی (و PCPها و بیمارستان‌های مرتبط با آن‌ها) را می‌توانید در *فهرست خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها* مشاهده کنید یا به وب‌سایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA مراجعه کنید.

برای اطمینان از امکان دسترسی به یک ارائه‌کننده یا اگر درباره PCP خاصی سؤال دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

هر گروه پزشکی و PCP ارجاعاتی را به متخصصان خاصی از برنامه درمانی انجام داده و از بیمارستان‌های خاصی در داخل شبکه خود استفاده می‌کند. اگر قصد دارید از خدمات بیمارستان یا متخصص مربوط به برنامه درمانی خاصی استفاده کنید، ابتدا مطمئن شوید که آن متخصصین و بیمارستان‌ها در شبکه PCP و گروه پزشکی هستند. نام و شماره تلفن مطب PCP شما بر روی کارت عضویت شما قید شده است.

اگر یک گروه پزشکی یا PCP را انتخاب نکنید یا اگر گروه پزشکی یا PCP را انتخاب کنید که در این برنامه درمانی موجود نیست، ما به طور خودکار یک گروه پزشکی و PCP را در نزدیکی منزلتان برای شما تعیین خواهیم کرد.

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تغییر PCP خود، لطفاً به "گزینه تغییر PCP شما" در زیر مراجعه کنید.

گزینهٔ تغییر PCP

شما می‌توانید به هر دلیل و در هر زمان PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما از شبکه برنامه ما خارج شود. اگر PCP شما شبکه ما را ترک می‌کند، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم PCP جدیدی در شبکه خود پیدا کنید.

درخواست شما در اولین روز ماه بعد از تاریخی که برنامه ما درخواست شما را دریافت می‌کند معتبر خواهد بود. برای تغییر PCP از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. یا برای ثبت درخواست از وبسایت ما به آدرس زیر بازدید کنید www.wellcare.com/healthnetCA.

وقتی با ما تماس می‌گیرید، حتماً به ما بگویید که آیا نزد متخصص می‌روید یا خدمات تحت پوشش دیگری که مستلزم اجازه PCP شما است را دریافت می‌کنید یا خیر (از قبیل خدمات سلامت در منزل و تجهیزات پزشکی بادوام). مرکز خدمات اعضا راهنمایی‌تان می‌کند که با تغییر PCP خود، چگونه می‌توانید همچنان به دریافت مراقبت تخصصی و سایر خدماتی که دریافت می‌کرده‌اید ادامه دهید. آن‌ها همچنین کنترل خواهند کرد تا اطمینان حاصل شود PCP که می‌خواهید نزد وی بروید بیماران جدید را می‌پذیرد. مرکز خدمات اعضا پرونده عضویت شما را تغییر خواهد داد و PCP جدید در آن ثبت خواهد شد. همچنین زمان اجرای تغییر به PCP جدید را به شما خواهد گفت.

آن‌ها همچنین یک کارت عضویت جدید را برای شما ارسال خواهند کرد که نام و شماره تلفن PCP جدید شما روی آن قید شده است.

پزشکان PCP برنامه درمانی ما به گروه‌های پزشکی مختلفی وابسته هستند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه های پزشکی را نیز تغییر دهید. وقتی درخواست تغییر می‌کنید، اگر از یک متخصص استفاده می‌کنید یا خدمات تحت پوشش دیگری را دریافت می‌کنید که باید تأیید PCP را داشته باشند، به خدمات اعضا اطلاع دهید. خدمات اعضا به شما کمک می‌کند تا مراقبت‌های تخصصی و سایر خدمات خود را هنگام تغییر PCP ادامه دهید.

خدماتی که بدون تأیید قبلی PCP خود می‌توانید دریافت کنید

در بیشتر موارد، پیش از استفاده از سایر ارائه دهندگان لازم است که از PCP خود تأییدیه بگیرید. این اجازه **ارجاع** خوانده می‌شود. می توانید خدماتی مانند موارد لیست شده در زیر را بدون تأییدیه قبلی PCP دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌کنندگان شبکه یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
- مراقبت فوری مورد نیاز از خدمات‌دهندگان شبکه.
- خدمات اورژانس از ارائه دهندگان خارج از شبکه زمانی که به ارائه دهندگان درون شبکه دسترسی ندارید (به عنوان مثال، زمانی که خارج از محدوده خدماتی طرح هستید یا در تعطیلات آخر هفته).

  توجه: مراقبت‌های مورد نیاز فوری باید واقعا به صورت فوری مورد نیاز باشد و از نظر پزشکی ضروری باشد.
- دیالیز کلیه در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از منطقه طرح ما هستید. لطفاً پیش از خروج از منطقه خدمات، با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما می‌توانیم هنگامی که خارج از منطقه هستید در زمینه دیالیز کلیه به شما کمک کنیم.
- واکسن آنفلوآنزا، و واکسن COVID-19 و همچنین واکسن های هپاتیت ب، و واکسن های ذات الریه، مادامی که از یک ارائه کننده خدمات شبکه دریافت شوند.
- مراقبت درمانی عادی از خانم‌ها و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه غربالگی ماموگرام (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پپ و آزمایش لگن خاصره می‌شود مادامی که آن‌ها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- علاوه بر آن اگر واجد شرایط دریافت خدمات از ارائه دهندگان خدمات درمانی بومیان باشید، می‌توانید بدون نیاز به ارجاع از ارائه دهندگان استفاده کنید.
- خدمات تنظیم خانواده از ارائه‌کنندگان شبکه و ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
- مراقبت‌های پایه دوران بارداری، خدمات بیماری‌های مقاربتی و آزمایش HIV.

برای کسب اطلاعات دقیق‌تر درباره اینکه کدام خدمات ممکن است به تأییدیه قبلی (ارجاع) از طرف PCP نیاز داشته باشند، به فصل 4، بخش D، صفحه 77 مراجعه کنید.

D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان شبکه

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

- ارائه مراقبت از سوی متخصص سرطان‌شناسی برای بیماران سرطانی.

- خدمات قلبی برای بیماران دارای مشکل قلبی.
- خدمات ارتوپدی برای بیمارانی که در قسمت استخوان، عضله یا ماهیچه دچار مشکل هستند.

برای اینکه بتوانید نزد یک متخصص بروید، معمولاً لازم است که ابتدا اجازه PCP خود را کسب کنید (این کار دریافت "ارجاع" به متخصص خوانده می‌شود). این نکته اهمیت دارد که ارجاع (اجازه از قبل) را پیش از رفتن نزد یک متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه‌کنندگان خاص از PCP خود دریافت کنید (چند استثنا وجود دارد که شامل مراقبت بهداشتی عادی از خانم‌ها می‌شود). اگر قبل از دریافت خدمات از متخصص ارجاع (اجازه از قبل) ندارید، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه این خدمات را بپردازید.

اگر متخصص بخواهد که برای مراقبت بیشتر برگردید، ابتدا کنترل کنید تا مطمئن شوید که ارجاع (اجازه از قبل) که از PCP خود برای ویزیت اول دریافت کردید ویزیت‌های بیشتر به متخصص را پوشش می‌دهد.

هر گروه پزشکی و PCP ارجاعاتی را به متخصصان خاصی از برنامه درمانی انجام داده و از بیمارستان‌های خاصی در داخل شبکه خود استفاده می‌کند. یعنی گروه پزشکی و PCP که انتخاب می‌کنید ممکن است متخصصین یا بیمارستانی که می‌توانید استفاده کنید را مشخص کنند. اگر متخصصین یا بیمارستان‌هایی وجود دارند که می‌خواهید استفاده کنید، کنترل کنید که آیا گروه پزشکی یا PCP شما از این متخصصین یا بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند. اگر می‌خواهید نزد یک متخصص برنامه درمانی یا بیمارستانی بروید که PCP کنونی شما نمی‌تواند شما را به آن ارجاع دهد معمولاً می‌توانید PCP خود را تغییر دهید. در این فصل تحت "گزینه تغییر PCP شما"، درباره نحوه تغییر PCP توضیح می‌دهیم.

برخی انواع خدمات به دریافت اجازه قبلی از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما نیاز خواهند داشت (این کار کسب "مجوز قبلی" خوانده می‌شود). تأیید اولیه یک روال تأیید می‌باشد که قبل از اینکه خدمات خاصی را دریافت کنید اتفاق می‌افتد. اگر خدمات مورد نیاز شما به تأیید اولیه نیاز دارند، PCP شما یا ارائه‌کننده شبکه دیگری این اجازه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد. این درخواست مورد بررسی قرار گرفته و تصمیمی (تصمیم سازمان) برای شما و ارائه‌کننده شما ارسال خواهد شد. برای خدمات خاصی که نیاز به مجوز قبلی دارند، به نمودار مزایا در فصل 4، بخش D، صفحه 74 این کتابچه مراجعه کنید.

D3. هنگامیکه یک ارائه دهنده، طرح درمانی ما را ترک می‌کند

ارائه‌کننده شبکه‌ای که در حال حاضر استفاده می‌کنید ممکن است برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌دهندگان شما طرح ما را ترک کند، حقوق و حمایت‌های خاصی دارید که به طور خلاصه در زیر آمده است:

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، باید به شما دسترسی بی‌وقفه به ارائه‌دهندگان واجد شرایط بدهیم.
- ما با حسن نیت تلاش می‌کنیم تا حداقل 30 روز قبل به شما اطلاع دهیم تا زمانی برای انتخاب ارائه‌دهنده جدید داشته باشید.
- ما به شما کمک می‌کنیم یک ارائه‌دهنده واجد شرایط جدید را برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خود انتخاب کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

- اگر تحت معالجه پزشکی هستید، حق دارید درخواست کنید و ما با شما همکاری می‌کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که درمان دارای ضرورت پزشکی که دریافت می‌کنید قطع نمی‌شود.
- اگر نتوانیم یک متخصص شبکه واجد شرایط در دسترس شما را پیدا کنیم، باید با یک متخصص خارج از شبکه هماهنگ کنیم تا مراقبت شما را ارائه دهد.
- اگر فکر می‌کنید که ارائه‌دهنده قبلی شما را با ارائه‌دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به خوبی مدیریت نمی‌کنیم، این حق را دارید که شکایتی درخصوص کیفیت مراقبت نزد QIO، اعتراضی بر کیفیت مراقبت یا هر دو را ارسال کنید. (به منظور کسب اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید.)

اگر متوجه شدید که یکی از ارائه دهندگان شما طرح ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در یافتن یک ارائه دهنده جدید و مدیریت مراقبت شما کمک کنیم. برای کمک، همچنین می توانید با خدمات اعضاء به این شماره ها تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه:

ارائه دهندگان خارج از شبکه آنهایی هستند که توافقنامه ای برای همکاری با طرح ما ندارند. به جز مراقبت های اضطراری، اگر نوع خاصی از خدمات مورد نیاز شما وجود دارد و آن خدمات در شبکه طرح ما در دسترس نیست، ابتدا باید مجوز قبلی (تأییدیه قبلی) را دریافت کنید. PCP شما تأیید اولیه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد.

بسیار مهم است که از قبل و پیش از مراجعه به ارائه دهنده خارج از شبکه یا دریافت خدمات خارج از شبکه، تأییدیه دریافت کنید (بجز موارد اورژانسی و اضطراری، خدمات تنظیم خانواده و خدمات مربوط به دیالیز کلیه که برای آنها اگر موقتاً خارج از منطقه خدماتی طرح باشید تجهیزات دیالیز مورد تأیید Medicare را دریافت خواهید کرد). اگر تاییدیه را از قبل دریافت نکنید، ممکن است لازم باشد که هزینه این خدمات را خودتان پرداخت کنید.

برای کسب اطلاعات در مورد پوشش مراقبت ضروری اضطراری و فوری در خارج از شبکه، لطفاً به بخش H صفحه 65 در این فصل مراجعه کنید.

E. خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و اعتیاد)

شما به خدمات بهداشتی رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش Medicare را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal را ارائه نمی دهد، اما این خدمات از طریق آژانس بهداشت رفتاری شهرستان محلی شما در دسترس شما هستند.

E1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما ارائه می‌شود

اگر از نظر پزشکی واجد شرایط دریافت خدمات تحصصی بهداشت روان باشید، خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal از طریق طرح بهداشت روان شهرستان (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal که توسط طرح سلامت روان شهرستان شما (MHP) ارائه می شود شامل:

- خدمات سلامت روان
- خدمات حمایت دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در موارد بحرانی
- تثبیت موارد بحرانی
- خدمات درمان مسکونی بزرگسالان
- خدمات درمان مسکونی در موارد بحرانی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند

اگر معیارهای دریافت این خدمات را دارید، خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته Medi-Cal یا Drug Medi-Cal از طریق ارائه‌دهندگان هزینه در ازای خدمات Medi-Cal (FFS) در دسترس شما هستند. خدمات Drug Medi-Cal توسط موارد زیر ارائه می‌شود:

شهرستان	سازمان
Los Angeles	پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد (SAPC) آژانس بهداشت شهرستان Los Angeles
Riverside	سیستم بهداشت دانشگاه Riverside - سلامت رفتار
San Bernardino	اداره بهداشت رفتاری شهرستان San Bernardino
San Diego	خدمات بهداشتی و انسانی شهرستان San Diego خدمات بهداشت رفتاری

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

خدمات Drug Medi-Cal عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات درمان مسکونی
- خدمات بدون استفاده از دارو برای بیماران سرپایی
- خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات نالترکسون برای اعتیاد به مواد مخدر

خدمات سیستم تحویل سازماندهی شده Drug Medi-Cal عبارتند از:

- خدمات سرپایی و فشرده سرپایی
- داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو شناخته می‌شود.)
- اقامتی / بستری
- مدیریت ترک
- خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بازیابی
- هماهنگی مراقبت‌ها

علاوه بر خدمات ذکر شده در بالا، در صورت داشتن شرایط لازم ممکن است به خدمات داوطلبانه دفع مسمومیت بیماران بستری نیز دسترسی داشته باشید.

شما به خدمات درمانی سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته و تحت پوشش Medicare بوده و از طریق شبکه سلامت روان Wellcare by Health Net مدیریت می‌شود نیز دسترسی خواهید داشت. خدمات درمانی سلامت رفتاری شامل این موارد شده ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود:

- خدمات سرپایی: مداخله در امور بحرانی مربوط به بیماران سرپایی، ارزیابی و درمان کوتاه‌مدت، درمان تخصصی بلندمدت و هرگونه خدمات درمانی توانبخشی مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر.
- خدمات و لوازم بستری: تسهیلات در اتاق دو تخته یا بیشتر، شامل واحدهای درمان ویژه، لوازم و خدمات کمکی که معمولاً توسط مرکز ارائه می‌شوند.
- مراقبت از بیماران بستری و سطوح متفاوت: خدمات نیمه‌بستری در بیمارستان و ویژه بیماران سرپایی در مرکز تحت مجوز Medicare.
- دفع مسمومیت: خدمات بیماران سرپایی برای سم‌زدایی بدن در موارد حاد و درمان شرایط حاد پزشکی مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

- خدمات اورژانسی: غربالگری، معاینه و ارزیابی برای تشخیص اینکه آیا یک عارضه پزشکی اضطراری روانی وجود دارد و مراقبت و درمان لازم برای تسکین یا رفع عارضه روانشناختی اضطراری.

برای اطلاعات ارائه‌کننده، لطفاً به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های خود مراجعه کنید. همچنین می توانید با خدمات اعضاء Wellcare by Health Net به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. یا از وبسایت ما به آدرس زیر بازدید کنید www.wellcare.com/healthnetCA.

استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری

برای فهرستی از استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری، لطفاً به فصل 4، بخش F، صفحه 136 مراجعه کنید: مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده *نمی‌شود*

رویه مورد استفاده برای تشخیص ضرورت پزشکی خدمات سلامت رفتاری

برنامه باید بعضی خدمات سلامت رفتاری خاص و تجهیزات را تأیید کند تا تحت پوشش قرار بگیرند. برای جزییات خدماتی که ممکن است به تأیید اولیه نیاز داشته باشند، لطفاً به فصل 4 D بخش مراجعه کنید. برای دریافت مجوز قبلی برای این خدمات، باید با خدمات اعضا Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. این طرح شما را به یک متخصص بهداشت روان قراردادی نزدیک ارجاع می دهد که شما را برای تعیین اینکه آیا به درمان بیشتری نیاز است یا خیر، ارزیابی می کند.
اگر به درمان نیاز داشته باشید، متخصص سلامت روان تحت قرارداد یک طرح درمانی را ایجاد کرده و آن طرح را برای بررسی به Wellcare by Health Net ارسال خواهد کرد. خدمات موجود در برنامه درمانی وقتی توسط برنامه درمانی اجازه داده شوند تحت پوشش خواهند بود. اگر برنامه درمانی مورد تأیید برنامه درمانی قرار نگیرد، خدمات و لوازم دیگری برای آن عارضه تحت پوشش نخواهند بود. ولی برنامه درمانی ممکن است شما را برای کمک در دریافت مراقبتی که نیاز دارید به اداره سلامت روان شهرستان ارجاع دهد.

روش‌های ارجاع بین Wellcare by Health Net و اداره سلامت روان شهرستان Los Angeles (DMH) و بخش بهداشت عمومی شهرستان لس‌آنجلس (پیشگیری و کنترل اختلال مصرف مواد) (DPH/SAPC)، بخش بهداشت روان شهرستان Riverside، San Bernadino بخش بهداشت رفتاری و خدمات بهداشت رفتاری شهرستان San Diego:

ارجاع‌ها برای خدمات سلامت رفتاری Wellcare by Health Net را می‌توانید از منابع زیادی دریافت کنید؛ از جمله ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری شهرستان، مدیران پرونده شهرستان، PCPها، اعضا و خانواده‌هایشان. این منابع معرفی می‌توانند از طریق تماس با شماره‌ای که روی کارت شناسایی عضویت شما درج شده است، با Wellcare by Health Net تماس بگیرند. Wellcare by Health Net واجد شرایط بودن را تأیید کرده و خدمات را در صورت لزوم اجازه می‌دهد.

Wellcare by Health Net با شهرستان همکاری کرده تا ارجاع لازم و هماهنگ‌سازی مراقبت برای شما را ارائه کند.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

ارجاعات برای سلامت روان تخصصی شهرستان و/یا خدمات الکل و مواد مخدر ممکن است مستقیماً توسط شما انجام شوند.

خدمات هماهنگ‌سازی مراقبت شامل هماهنگ‌سازی خدمات بین PCPها، ارائه‌کنندگان سلامت رفتاری شهرستان، مدیران پرونده شهرستان، شما و خانواده یا ارائه‌کننده خدمات مراقبت به شما در صورت لزوم می‌شود.

اگر در مورد خدمات درمانی سلامت رفتاری، مشکل یا شکایتی دارید چه کار کنید؟

مزایای موجود در این بخش منوط به همان روال تجدیدنظر مشابه هرگونه مزایای دیگر می‌باشد. برای کسب اطلاعات در مورد شکایات، به فصل 9، بخش K، صفحه 239 مراجعه کنید.

ادامه مراقبت برای اعضایی که در حال حاضر خدمات سلامت رفتاری دریافت می‌کنند

اگر در حال حاضر خدمات درمانی سلامت رفتاری دریافت می‌کنید، می‌توانید درخواست کنید که به رفتن نزد ارائه‌کننده خود ادامه دهید. ما باید این درخواست را در صورتی قبول کنیم که شما بتوانید یک رابطه موجود را با ارائه‌کننده خود در 12 ماه قبل از ثبت نام نشان دهید. اگر درخواست شما تأیید شود، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌کننده کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. بعد از 12 ماه اول، اگر به رفتن نزد ارائه‌کننده خارج از شبکه ادامه دهید، ما ممکن است که دیگر مراقبت شما را پوشش ندهیم. برای دریافت راهنمایی درباره درخواست خود، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه،8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

F. خدمات ایاب و ذهاب

F1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی

اگر نیازهای پزشکی دارید که به شما اجازه استفاده از ماشین، اتوبوس یا تاکسی را برای قرار ملاقاتتان نمی‌دهد، حق استفاده از حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را دارید. حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت پوشش مانند قرار ملاقات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، مصرف مواد و داروخانه ارائه کرد. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، می‌توانید با PCP یا ارائه‌دهنده دیگری صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP شما یا ارائه‌دهنده دیگر بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین می‌کند. در صورت نیاز به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی، آنها با تکمیل یک فرم و ارسال آن به Wellcare by Health Net برای تایید آن را تجویز خواهند کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، تأییدیه برای یک سال معتبر است. PCP شما یا ارائه‌دهنده دیگر نیاز شما به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را برای تأیید مجدد هر 12 ماه یکبار ارزیابی می‌کند.

حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی آمبولانس، ون ، ون ویلچر یا حمل و نقل هوایی است.
Wellcare by Health Net امکان حمل و نقل تحت پوشش با کمترین هزینه و مناسب‌ترین حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما زمانی که نیاز استفاده از وسیله نقلیه برای رسیدن به قرار ملاقات خود دارید، فراهم می‌کند. به عنوان مثال، اگر بتوانید از نظر فیزیکی یا پزشکی با یک ون ویلچر حمل شوید، Wellcare by Health Net هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. فقط زمانی می‌توانید

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

از حمل هوایی استفاده کنید که عارضه پزشکی شما، استفاده از هر گونه وسیله نقلیه زمینی را ناممکن ساخته باشد.

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

- شما از نظر فیزیکی یا پزشکی به آن نیاز دارید و این نیاز طبق مجوز کتبی از سوی PCP یا ارائه‌دهنده دیگر تعیین شده است زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، ماشین یا ون برای رسیدن به قرار خود استفاده کنید.

- به دلیل ناتوانی جسمانی یا روانی برای رفت و آمد از محل سکونت، سوار شدن به خودرو یا رفتن به محل درمان نیاز به کمک راننده دارید.

برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشک شما برای **قرار ملاقات‌های معمول** غیر فوری تجویز کرده است، با خدمات اعضای Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) (دوشنبه تا جمعه) حداقل 72 ساعت قبل از قرار ملاقات‌تان تماس بگیرید. برای **قرار ملاقات‌های فوری**، لطفاً هرچه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

Wellcare by Health Net کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده که در آن قرار ملاقات برایتان فراهم است، برآورده می‌کند، پوشش می‌دهد. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش ندهند، حمل و نقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات، تحت پوشش Medi-Cal باشد اما نه از طریق طرح سلامت، Wellcare by Health Net به شما کمک می‌کند تا حمل و نقل خود را برنامه‌ریزی کنید. فهرستی از خدمات تحت پوشش در فصل 4 بخش D صفحه 77 این کتابچه موجود است. حمل و نقل خارج از شبکه یا منطقه خدماتی Wellcare by Health Net پوشش داده نمی‌شود مگر اینکه از قبل برای آن مجوز داده شده باشد.

F2. حمل‌ونقل غیرپزشکی

مزایای حمل و نقل غیرپزشکی شامل رفت و آمد به قرار ملاقات و بازگشت از آنها شما برای دریافت خدمات مجاز شناخته شده از سوی ارائه‌دهنده شما است. شما می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای سوار شوید، زمانی که:

- به قرار ملاقات برای خدمات Medi-Cal مورد تأیید از سوی ارائه کننده‌تان می‌روید یا بر می‌گردید، یا

- برای تحویل گرفتن داروهای نسخه‌ای و لوازم پزشکی می‌روید.

Wellcare by Health Net به شما اجازه استفاده از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر امکانات حمل و نقل عمومی/خصوصی را برای رفتن به قرار ملاقات پزشکی جهت خدمات مجاز شناخته شده از سوی ارائه‌دهنده شما می‌دهد. Wellcare by Health Net از Access2Care برای هماهنگی خدمات حمل و نقل تحت پوشش Medicare و ModivCare برای هماهنگی خدمات حمل و نقل تحت پوشش Medi-Cal

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

استفاده می کند. ما کمترین هزینه و نوع حمل و نقل غیر پزشکی را که نیازهای شما را برآورده می‌کند، پوشش می‌دهیم .

گاهی اوقات، می‌توانید هزینه‌ای را که برای سوار شدن در یک وسیله نقلیه شخصی که خودتان ترتیب داده‌اید، صرف کرده‌اید، بازپس بگیرید. Wellcare by Health Net باید این را **قبل از** اینکه سوار شوید تأیید کند، و باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید از راه دیگری مانند اتوبوس سوار شوید. می‌توانید از طریق تماس یا ایمیل یا حضوری به ما بگویید. **شما نمی‌توانید هزینه رانندگی خود را بازپس بگیرید.**

بازپرداخت مسافت پیموده شده به تمام موارد زیر نیاز دارد:

- گواهینامه رانندگی راننده
- ثبت وسیله نقلیه راننده
- گواهی بیمه ماشین برای راننده

برای درخواست سفر برای خدماتی که مجاز شده‌اند، با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) (دوشنبه تا جمعه) حداقل 72 ساعت قبل از قرار ملاقات‌تان تماس بگیرید. برای **قرار ملاقات‌های فوری**، لطفاً هرچه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

توجه: سرخپوستان آمریکا ممکن است برای درخواست حمل و نقل غیرپزشکی با کلینیک بهداشت سرخپوستان محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل و نقل غیر پزشکی

Wellcare by Health Net کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل غیر پزشکی را که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده که در آن قرار ملاقات برایتان فراهم است، برآورده می‌کند، پوشش می‌دهد. **شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه دریافت کنید.**

حمل و نقل غیر پزشکی اعمال **نمی‌شود** اگر:

- یک آمبولانس، ون، ون ویلچر، یا سایر اشکال حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی برای رسیدن به خدمات مورد نیاز باشد.
- به دلیل عارضه‌های جسمانی یا پزشکی برای رفت و آمد از محل سکونت، سوار شدن به خودرو یا رفتن به محل درمان نیاز به کمک راننده دارید.
- شما روی ویلچر باشید و نتوانید بدون کمک راننده به داخل و خارج وسیله نقلیه حرکت کنید.
- این خدمات تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست.

G. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه

G1. مراقبت در اورژانس پزشکی

وضعیت اورژانسی پزشکی به شرایطی گفته می‌شود که در آن علائم درد شدید یا جراحت شدید وجود داشته باشد. یعنی وضعیت مزبور آنقدر جدی است که اگر فوراً تحت مداوای پزشکی قرار نگیرید، شما یا هر شخص دارای اطلاعات درمانی و پزشکی متوسط می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای سلامت شما یا جنین متولد نشده وجود داشته باشد؛ **یا**
- عملکردهای بدن آسیب جدی می‌بینند؛ **یا**
- عملکرد یکی از اعضا یا قسمت‌های بدن با اختلال جدی روبرو می‌شود؛ **یا**
- در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، در شرایط زیر:
  - وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.
  - انتقال به بیمارستان دیگر برای سلامت و امنیت شما یا جنین‌تان را در خطر قرار دهد.

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین مرکز اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. در این شرایط نیازی به دریافت تأییدیه یا ارجاع اصلی از طرف PCP وجود **ندارد**. شما نیازی به استفاده از ارائه‌دهنده شبکه ندارید. شما می‌توانید هر زمان که به آن نیاز داشته باشید، در هر نقطه از ایالات متحده، یا سرزمین‌های آن یا در سراسر جهان، از هر ارائه‌دهنده‌ای با مجوز دولتی مناسب خدمات اورژانسی را دریافت کنید.
- **به محض اینکه برایتان امکان‌پذیر بود حتماً در مورد وضعیت اورژانسی‌تان به طرح ما اطلاع دهید.** ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری خواهیم کرد. *معمولاً طی 48 ساعت، شما یا فرد دیگری باید با ما تماس بگیرید و درباره شرایط اورژانسی خود توضیح دهید.* با این حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. با خدمات اعضا از طریق شماره تلفن 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی پزشکی

اگر برای رفتن به اتاق اورژانس به آمبولانس نیاز دارید، برنامه درمانی ما آن راپوشش می‌دهد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در **فصل 4** "بخش D صفحه 77" *از* دفترچه راهنمای اعضا *مراجعه* کنید.

ممکن است بتوانید خارج از ایالات متحده مراقبت پزشکی اضطراری دریافت کنید. این مزایا محدود به $50,000 در هر سال است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به "پوشش اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان"

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

در جدول مزایای فصل 4 این کتابچه مراجعه کنید یا با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

ارائه دهندگانی که به شما مراقبت‌های اورژانسی می دهند تصمیم می گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار است و اورژانس پزشکی به پایان برسد. آنها به درمان شما ادامه می دهند و در صورت نیاز به مراقبت های بعدی برای بهتر شدن، برای برنامه ریزی با ما تماس خواهند گرفت.

طرح ما خدمات پیگیری مراقبت سلامت را پوشش می‌دهد. اگر درمان اورژانسی خود را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما تلاش خواهیم کرد که ارائه‌کنندگان شبکه در اسرع وقت درمان شما را به عهده بگیرند.

دریافت خدمات مراقبت اورژانسی در صورتی که وضعیت اورژانسی نباشد

بعضی مواقع تشخیص اورژانسی بودن شرایط از نظر پزشکی یا سلامت روانی دشوار است. شما ممکن است برای یک مورد اورژانسی مراجعه کنید و سپس پزشک به شما بگوید که مورد مربوطه اورژانسی نبوده است. مادامی که دلیل منطقی داشته باشید که فکر کنید خطر جدی وجود داشته است، ما خدمات درمانی شما را پوشش خواهیم داد.

پس از اینکه پزشک گفت اورژانسی نبوده است، مراقبت‌های اضافی شما را فقط در موارد زیر پوشش می‌دهیم:

- به یکی از ارائه دهندگان شبکه مراجعه کنید، **یا**
- خدمات درمانی اضافی که دریافت می‌کنید "اورژانسی تشخیص داده شود" و شما قوانین برخورداری (به بخش H2 مراجعه کنید) از این خدمات درمانی را رعایت کنید.

G2. مراقبت‌های اورژانسی ضروری

مراقبت‌های ضروری فوری مراقبتی است که برای موقعیتی که اورژانسی نیست، اما نیاز فوری به مراقبت دارد، دریافت می‌کنید. به عنوان مثال، ممکن است تشدید سریع یک بیماری موجود یا گلودرد شدیدی داشته باشید که در آخر هفته رخ می‌دهد و نیاز به درمان دارید.

مراقبت فوری مورد نیاز در منطقه خدماتی طرح ما

در بیشتر موارد، مراقبت‌های فوری مورد نیاز را فقط در موارد زیر پوشش می‌دهیم:

- اگر این خدمات درمانی را از طرف یک ارائه دهنده شبکه دریافت کنید، **و**
- اگر قوانین توصیف شده در این فصل را رعایت کنید.

اگر نتوانید یا معقول نباشد به یک ارائه دهنده شبکه مراجعه کنید، ما فوراً نیاز شما را از طریق ارائه دهنده خارج از شبکه رفع می‌کنیم.

در موقعیت‌های وخیم اضطراری: با شماره "911" تماس گرفته یا به نزدیک‌ترین بیمارستان بروید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

اگر وضعیت شما زیاد وخیم نیست: با PCP خود یا گروه پزشکی تماس بگیرید یا اگر نمی‌توانید با آن‌ها تماس بگیرید یا فوراً به مراقبت پزشکی نیاز دارید، به نزدیک‌ترین مرکز پزشکی، مرکز مراقبت فوری یا بیمارستان مراجعه کنید.

اگر مطمئن نیستید که آیا عارضه پزشکی اضطراری وجود دارد، می‌توانید برای دریافت راهنمایی با گروه پزشکی یا PCP خود تماس بگیرید.

گروه پزشکی شما در 24 ساعت و7 روز هفته، 365 روز و هفت روز هفته در دسترس می‌باشد تا به تماس‌های تلفنی شما در مورد مراقبت پزشکی که عقیده دارید فوراً نیاز دارید پاسخ دهد. آن‌ها وضعیت شما را ارزیابی کرده و دستوراتی را در مورد محل مراجعه برای دریافت مراقبتی که نیاز دارید به شما خواهند داد.

اگر مطمئن نیستید که وضعیت‌تان اورژانسی است یا به خدمات فوری نیاز دارید یا خیر، خط پرستاری ما در هر زمانی، روز یا شب، در دسترس شما است. شما می توانید با خط تماس مشاوره پرستار ما با این شماره تماس بگیرید 1-800-893-5597 (TTY: 711) این سرویس 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته باز است. شما به عنوان عضو Wellcare by Health Net می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، 365 روز به خدمات تریاژ یا غربالگری دسترسی داشته باشید. همچنین می توانید با خدمات اعضاء به این شماره ها تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند، اگر نیاز داشتید که ارائه‌دهنده‌ای را پیدا کنید. همچنین مرکز خدمات اعضا می‌تواند شما را به خط پرستاری منتقل کند.

مراقبت فوری مورد نیاز خارج از منطقه خدماتی طرح ما

هنگامی که شما خارج از محدوده تحت پوشش طرح ما هستید، ممکن است نتوانید مراقبت‌ها را از ارائه دهنده عضو شبکه دریافت کنید. در این حالت، طرح ما نیازهای خدمات فوریت‌های درمانی که از دیگر ارائه دهندگان دریافت می‌کنید را تحت پوشش قرار می‌دهد.

طرح ما خدمات فوریت‌های درمانی یا دیگر خدمات درمانی که در خارج از ایالات متحده دریافت می‌کنید را پوشش نمی‌دهد.

خدمات مورد نیاز فوری که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت می‌شوند ممکن است تحت مزایای پوشش اورژانسی یا فوری در سراسر جهان به عنوان مورد اضطراری به حساب بیایند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به "پوشش اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان" در جدول مزایای فصل 4 "بخش D صفحه 77" این کتابچه مراجعه کنید.

G3. مراقبت در شرایط بروز بلایا

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس‌جمهور ایالات متحده اعلام وضعیت اورژانسی یا بلایای طبیعی را در منطقه جغرافیایی شما کند، همچنان می‌توانید از خدمات درمانی طرح ما برخوردار شوید.

لطفاً جهت کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت خدمات درمانی مورد نیاز در زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است به این آدرس مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

اگر زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است نتوانید از ارائه دهنده شبکه استفاده کنید، می‌توانید خدمات درمانی مورد نیاز خود را بدون پرداخت هیچگونه هزینه ای از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. اگر زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است نتوانید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروی نسخه ای خود را از یکی از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** "بخش A8 صفحه 146" *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

H. اگر صورتحسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید

اگر ارائه دهنده ای صورت حساب را به جای ارسال به طرح ما برای شما ارسال کند، باید از ما درخواست کنید تا آن را پرداخت کنیم.

نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. اگر صورت حساب را پرداخت کنید، طرح نمی‌تواند هزینه را به شما بازگرداند.

اگر هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده اید یا اگر صورتحسابی برای خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده اید، جهت کسب اطلاعات در خصوص اینکه باید چکار کنید به **فصل 7** "بخش A صفحه 168" از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

H1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد چه باید کرد

طرح ما تمام خدمات را پوشش می‌دهد اگر:

- از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده باشد، **و**
- در جدول مزایای طرح ما (رجوع به **فصل 4** "بخش D صفحه 77" *کتابچه راهنمای اعضا* عنوان شده باشد)، **و**
- مقررات طرح برای دریافت خدمات مزبور رعایت شده باشد.

اگر خدماتی دریافت می‌کنید که طرح ما آن را پوشش نمی‌دهد، **تمام هزینه را خودتان پرداخت می‌کنید**.

اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما برای هر گونه خدمات یا مراقبت پزشکی هزینه می‌کنیم یا خیر، این حق را دارید که از ما بپرسید. همچنین حق دارید این را به صورت کتبی درخواست کنید. اگر بگوییم که هزینه خدمات شما را پرداخت نخواهیم کرد، شما حق دارید که در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

در **فصل 9** "بخش E صفحه 206" از کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است که اگر بخواهید ما خدماتی را تحت پوشش قرار دهیم، باید چه کاری انجام دهید. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر برای تصمیم پوشش ما را به شما می‌گوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

ما هزینه بعضی از خدمات را تا سقفی خاص پرداخت می‌کنیم. اگر از این محدوده فراتر روید، باید هزینه کامل آن نوع خدمات را شخصاً پرداخت کنید. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید محدودیت‌های مزایا چیست و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

I. پوشش خدمات درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده اید

I1. تعریف پژوهش تحقیقاتی کلینیکی

پژوهش تحقیقاتی کلینیکی (که به آن آزمایش کلینیکی نیز گفته می‌شود) روشی است که پزشکان از آن طریق انواع جدید داروها یا مراقبت‌های درمانی را آزمایش می‌کنند. یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که توسط Medicare تأیید شده است، معمولاً از داوطلبان می‌خواهد که در مطالعه شرکت کنند.

وقتی Medicare مطالعه ای که شما می خواهید در آن شرکت کنید را تایید کند، یکی از افرادی که روی آن مطالعه کار می کند با شما تماس می‌گیرد. آن شخص اطلاعاتی را در مورد پژوهش به شما خواهد داد و مشخص می‌کند که آیا برای شرکت در آن واجد شرایط هستید. شما تا وقتی شرایط لازم را برآورده کنید می‌توانید در پژوهش شرکت کنید. همچنین باید بدانید که برای شرکت در تحقیق مزبور چه انتظاراتی از شما می‌رود و باید با این انتظارات موافقت کنید.

مادامی که در تحقیق حضور دارید، می‌توانید همچنان در طرح ما باقی بمانید. به این ترتیب، طرح ما همچنان شما را برای خدمات و مراقبت‌های غیر مرتبط با مطالعه تحت پوشش قرار می‌دهد.

در صورت تمایل به شرکت در یک تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی **نیست** که از طرف ما یا ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه دهندگانی که خدمات درمانی مرتبط به تحقیق را به شما ارائه می‌کنند لازم **نیست** که جزو ارائه دهندگان شبکه باشند.

توصیه می‌کنیم پیش از آغاز مشارکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی به ما اطلاع دهید.

اگر در نظر دارید که در یک تحقیق بالینی شرکت کنید، شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما باید با خدمات اعضا تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که داوطلب شرکت در یک آزمایش بالینی شده اید.

I2. پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت زمانی که در پژوهش تحقیقانی کلینیکی حضور دارید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که Medicare تایید می‌کند داوطلب شوید، هیچ هزینه ای برای خدمات تحت پوشش مطالعه پرداخت نمی کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه های معمول مرتبط با مراقبت شما را پرداخت می کند. پس از ملحق شدن به تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، اکثر موارد و خدماتی که به عنوان بخشی از این تحقیق دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار می‌گیرد. شامل این موارد:

- هزینه بستری و خوراک در بیمارستان که Medicare پرداخت می‌کند حتی اگر در پژوهش نبودید.
- جراحی یا سایر عمل‌های پزشکی که بخشی از پژوهش باشند.
- درمان هرگونه اثرات جانبی و اختلالات مربوط به یک مراقبت جدید.

اگر شما بخشی از مطالعه‌ای باشید که توسط Medicare **تأیید نشده باشد**، لازم است که هزینه‌های مربوط به حضور در تحقیق را پرداخت کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

I3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در پژوهش بالینی، "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare و پژوهش بالینی) را در وب‌سایت Medicare مطالعه کنید (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). همچنین می‌توانید به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

J. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیرپزشکی چطور تحت پوشش قرار می‌گیرد

J1. تعریف مؤسسه درمان سلامت غیرپزشکی مذهبی

مؤسسه درمان سلامت غیرپزشکی مذهبی مکانی است که خدماتی را ارائه می‌کند که به طور معمول در بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه‌ای دریافت می‌کنید. اگر برخورداری از خدمات در بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه‌ای برخلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه خدمات ارائه شده توسط مؤسسه درمانی- غیرپزشکی را پرداخت می‌کنیم. این مزایا تنها به خدمات بستری Medicare Part A مربوط می‌شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی).

J2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی

شما برای دریافت مراقبت از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی باید یک سند قانونی را امضا کنید که متذکر می‌شود شما مخالف دریافت درمان پزشکی "غیرمتعارف" هستید.

- منظور از خدمات درمانی "غیر متعارف" هر نوع خدماتی است که از نظر دولت فدرال، ایالت و قانون محلی **داوطلبانه و غیرضروری** تلقی می شوند.
- درمان پزشکی "متعارف" هر نوع مراقبتی می باشد که **داوطلبانه نبوده** و تحت هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی **لازم است**.

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

- مرکزی که مراقبت را ارائه می‌کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
- پوشش خدمات برنامه درمانی ما به جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت محدود می‌شود.
- اگر خدمات دریافتی در این مؤسسه به شما ارائه شود، باید شرایط زیر محقق باشد:
  - شما باید مبتلا به یک عارضه پزشکی باشید که به شما امکان می‌دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
  - باید پیش از پذیرش در این موسسه از ما تاییدیه دریافت کنید، در غیر این صورت اقامت شما در آنجا پوشش داده **نخواهد** شد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر، از** www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید.

تا زمانی که الزامات بالا را برآورده کنید، برای این مزایا پوشش نامحدود وجود دارد.

K. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

K1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما

تجهیزات پزشکی بادوام DME شامل برخی موارد ضروری پزشکی است که توسط یک ارائه دهنده سفارش داده شده است مانند صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، تشک برقی، لوازم ویژه دیابتی‌ها، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل، پمپ‌های تزریق درون رگی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، وسائل و لوازم مربوط به اکسیژن، نبولایزر و واکر.

برخی اقلام، مانند پروتز، همیشه در تملک شما باقی خواهند ماند.

در این قسمت درباره تجهیزات پزشکی بادوام DME که باید اجاره کنید توضیح داده می‌شود. در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از تجهیزات پزشکی بادوام DME را اجاره می‌کنند، پس از پرداخت هزینه مشترک برای کالا به مدت 13 ماه، صاحب تجهیزات می‌شوند. شما به عنوان عضوی از طرح ما لازم است تا زمانی که از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد DME داشته باشید و برای طولانی مدت به آن نیاز داشته باشید. علاوه بر این، اقلام بایستی توسط PCP شما، گروه پزشکی و/یا Wellcare by Health Net مجاز شمرده شود، ترتیب آن داده شود و هماهنگ شده باشد. با خدمات اعضای Wellcare by Health Net از طریق این شماره تلفن تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711)، برای کسب اطلاع درباره شرایط کرایه یا مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام و اسناد مورد نیاز برای ارائه. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

در بعضی از شرایط خاص محدود، ما مالکیت DME را به شما منتقل می‌کنیم. برای اطلاع در رابطه با شرایط مورد نیاز و مدارکی که باید تحویل دهید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر درحالی که عضو برنامه ما هستید یکی از تجهیزات پزشکی بادوام را خریداری کنید و تجهیزات به تعمیر نیاز داشته باشند، ارائه‌کننده مجاز است هزینه تعمیرات را از شما دریافت کند.

K2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

اگر در زمانی که در طرح ما بودید مالکیت اقلام DME را دریافت نکردید، باید 13 پرداخت متوالی جدید پس از تغییر به Original Medicare برای مالکیت آن مورد انجام دهید. پرداخت‌هایی که در زمان حضور در طرح ما انجام داده اید در این 13 پرداخت متوالی محسوب **نمی‌شود**.

اگر **قبل از** پیوستن به طرح ما کمتر از 13 پرداخت برای اقلام DME تحت Original Medicare پرداخت کرده اید، پرداخت‌های قبلی شما در 13 پرداخت متوالی حساب نمی‌شود. شما باید 13 پرداخت متوالی جدید را پس از بازگشت به Original Medicare انجام دهید تا مالکیت آن اقلام را داشته باشید. هنگامی که به Original Medicare باز می‌گردید هیچ استثنایی در این مورد وجود ندارد.

K3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو برنامه ما

اگر برای تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare واجد شرایط هستید و عضو طرح ما هستید، ما این موارد را پوشش می‌دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- لوله گذاری و لوازم جانبی برای تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- نگهداری و تعمیر تجهیزات اکسیژن

در صورتی که تجهیزات اکسیژن دیگر از نظر پزشکی برای شما لازم نیستند یا در صورتی که از برنامه ما خارج شوید، این تجهیزات باید به مالک آن بازگردانده شوند.

K4. تجهیزات اکسیژن هنگامی که به طرح بیمه Original Medicare تغییر وضعیت دهید

اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند و شما **از طرح ما خارج شده و به Original Medicare تغییر وضعیت داده باشید**، به مدت 36 ماه آن را از یک ارائه دهنده اجاره خواهید کرد. پرداخت‌های ماهانه اجاره شما تجهیزات اکسیژن و تدارکات و خدمات ذکر شده در بالا را پوشش می دهد.

اگر تجهیزات اکسیژن **پس از گذشت 36 ماه از اجاره آن**از نظر پزشکی همچنان ضروری باشد، ارائه‌دهنده شما باید این موارد را ارائه دهد:

- تجهیزات، لوازم و خدمات اکسیژن برای 24 ماه دیگر.
- تجهیزات و لوازم اکسیژن تا 5 سال در صورت نیاز پزشکی.

اگر تجهیزات اکسیژن **در پایان دوره 5 ساله**، باز هم از نظر پزشکی ضروری باشند:

- ارائه دهنده دیگر موظف نیست تا تجهیزات را در اختیار شما قرار دهد و شما می‌توانید تجهیزات جایگزین را از هر تأمین‌کننده دیگری دریافت کنید.
- یک دوره 5 ساله جدید شروع می‌شود.
- به مدت 36 ماه می‌توانید تجهیزات را از تأمین کننده اجاره کنید.
- تأمین‌کننده شما باید تجهیزات اکسیژن، وسایل و خدمات را برای 24 ماه دیگر در اختیار شما قرار دهد.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال یک بار چرخه جدیدی شروع می‌شود.

فصل 4: نمودار مزایا

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد خدمات تحت پوشش طرح ما و هرگونه استثنا یا محدودیت در مورد آن خدمات ارائه می‌کند. درباره مزایایی که تحت پوشش برنامه ما نیستند نیز توضیحاتی ارائه شده است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

اعضای جدید: Wellcare by Health Net در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در Wellcare by Health Net برای مزایای Medicare خود در Wellcare by Health Net ثبت نام خواهید کرد. همچنان ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Wellcare by Health Net دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. از طریق این شماره با ما تماس بگیرید، (TTY: 711) 1-800-431-9007. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش بیمه شما 71

A1. در حین مواقع اضطراری بهداشت عمومی 71

B. قوانین مربوط به ارائه‌کنندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند 71

C. درباره جدول مزایای طرح ما 72

D. جدول مزایای برنامه ما 77

E. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه ما 134

E1. خدمات گذار افراد ناتوان در کالیفرنیا (CCT) 134

E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal 135

E3. مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج 135

F. مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود 136

A. خدمات تحت پوشش بیمه شما

این بخش اطلاعاتی در مورد خدماتی که طرح درمانی ما پوشش می‌دهد به شما می‌گوید. شما می‌توانید اطلاعاتی را نیز در مورد خدماتی که تحت پوشش نیستند کسب نمایید. اطلاعات مربوط به مزایای دارو در **فصل 5**، بخش A، صفحه 138 است. این بخش محدودیت‌های برخی از خدمات را نیز توصیف می‌کند.

چون از Medi-Cal کمک دریافت می‌کنید، تا وقتی که از مقررات برنامه درمانی ما پیروی کنید بابت خدمات تحت پوشش خود هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. *برای جزئیات بیشتر در مورد قوانین طرح،* به **فصل 3**، *بخش B، صفحه 46 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.*

اگر برای درک خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با هماهنگ کننده مراقبت *و/یا* خدمات اعضا با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

A1. در حین مواقع اضطراری بهداشت عمومی

Wellcare by Health Net از هرگونه و تمام راهنمایی‌های ایالتی و/یا فدرال مربوط به فوریت‌های بهداشت عمومی (PHE) پیروی خواهد کرد. در طول PHE ، این طرح تمام پوشش لازم را برای اعضای ما فراهم می کند. بسته به خدمات دریافتی و مدت زمان PHE ، پوشش ممکن است متفاوت باشد. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دسترسی به خدمات مراقبتی مورد نیاز در زمان بروز بلایای طبیعی PHE، از وب‌سایت ما بازدید کنید www.wellcare.com/healthnetCA یا با خدمات اعضا تماس بگیرید. می توانید با خدمات اعضا با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

B. قوانین مربوط به ارائه‌کنندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند

ما به ارائه دهندگان شبکه‌مان اجازه نمی‌دهیم هزینه خدمات تحت پوشش را از شما دریافت کنند. ما مستقیماً به ارائه‌کنندگان خود دستمزد می‌دهیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه مطالبه شده حمایت می‌کنیم. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات مطالبه می‌کند صادق است.

شما هرگز نباید صورتحسابی را از ارائه کننده دریافت کنید. اگر صورتحساب دریافت کردید، به **فصل 7**، بخش A، صفحه 168 از *کتابچه راهنمای اعضای* خود رجوع کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C. درباره جدول مزایای طرح ما

در جدول مزایا ذکر شده است که هزینه کدام خدمات از طرف طرح برای شما پرداخت می‌شود. خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست کرده و توضیح می‌دهد.

ما هزینه خدمات ذکر شده در نمودار مزایا را در صورت رعایت قوانین زیر پرداخت می‌کنیم. تا زمانی که شرایط پوششی که در زیر توصیف شده را برآورده کنید برای خدمات ذکر شده در جدول مزایا هیچ مبلغی را پرداخت **نمی‌کنید**.

- ما باید خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه دهیم.
- این خدمات (از جمله خدمات پزشکی، سلامت رفتار و سوءاستفاده از مواد، خدمات و پشتیبانی بلند - مدت، امکانات، تجهیزات و داروها) باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. "ضرورت پزشکی خدمات، لوازم یا داروهایی را که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامت خود نیاز دارید، توصیف می‌کند. این موضوع شامل مراقبتی می شود که از رفتن شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می کند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. خدمات زمانی "از نظر پزشکی ضروری" هستند که از نظر منطقی برای محافظت از جان شما، پیشگیری از بروز بیماری‌های حاد یا ناتوانی‌های شدید یا کاهش دردهای شدید لازم باشند.
- شما می‌توانید از ارائه‌کننده شبکه مراقبت دریافت کنید. خدمات‌دهنده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. در اکثر مواقع، ما هزینه خدمات دریافتی از ارائه دهنده خارج از شبکه را پرداخت **نخواهیم کرد**. **فصل 3**، بخش D، صفحه 48 کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه دهندگان شبکه و خارج از شبکه ارائه می دهد.
- شما یک ارائه‌دهنده اصلی خدمات درمانی (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، پیش از استفاده از کسی که به ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شما وابسته نیست یا ارائه دهنده دیگری در شبکه طرح درمانی باید از ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. این کار ارجاع نام دارد. **فصل 3**، *بخش D، صفحه 49* از *کتابچه راهنمای اعضا* شما اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع و زمانی که به آن نیاز ندارید، دارد.
- شما باید از ارائه‌کنندگانی که به گروه PCP شما وابسته هستند مراقبت دریافت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 3**، *بخش D، صفحه 49 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.*
- ما برخی از خدمات ذکر شده در نمودار مزایا را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک یا ارائه دهنده شبکه دیگر ابتدا تأییدیه ما را دریافت کند. به این کار دریافت

مجوز قبلی گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در نمودار مزایا را که نیاز به مجوز قبلی دارند به صورت فونت مورب می‌نویسیم.

- اگر شما در دوره 6 ماهه صلاحیت ادامه دار طرح ما هستید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش طرح Medicare Advantage ادامه خواهیم داد. با این حال، در طول این دوره، طرح Medicare Advantage ما همچنین مسئول پوشش مداوم مزایای Medi-Cal است که در توافقنامه طرح ما با آژانس دولتی Medicaid شما مشخص شده است. مبالغ اشتراک هزینه Medicare برای مزایای اولیه و مزایای تکمیلی Medicare در این دوره تغییر نمی‌کند. مبلغی که پرداخت می‌کنید به سطح مزایای Medicaid که دارید بستگی دارد.

اطلاعات مزایای مهم برای همه اعضای شرکت کننده در خدمات برنامه ریزی تندرستی و مراقبت سلامت Wellness and Health Care Planning، (WHP)

- از آنجا که طرح ما در برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش شرکت می کند، شما واجد شرایط خدمات WHP زیر، از جمله خدمات برنامه ریزی مراقبت از قبل (ACP) خواهید بود:
  - اگر نمی توانید در آینده در مورد مراقبت های بهداشتی خود تصمیم بگیرید، متخصصان پزشکی می توانند اطمینان حاصل کنند که خواسته های شما رعایت می شود. برنامه ریزی مراقبت از قبل به معنای گفتگو و تصمیم گیری در مورد مراقبتی است که در آینده می خواهید.
  - ما به شما در خصوص فرم‌های لازم کمک می‌کنیم تا در صورت عدم توانایی در اتخاذ تصمیمات پزشکی برای خود، به شخصی اجازه قانونی بدهید تا به جای شما تصمیم بگیرد.
- شما می توانید در هر زمان از طریق تماس با طرح ما از کمک در برنامه ریزی مراقبت از قبل برخوردار شوید.
- WHP و ACP داوطلبانه هستند و شما مختار هستید که این خدمات را قبول نکنید

اطلاعات مزایای مهم برای اعضایی که واجد شرایط "کمک اضافی" (Extra Help) هستند:

- اگر برای پرداخت هزینه‌های برنامه داروهای نسخه‌ای Medicare، مانند حق بیمه، فرانشیزها و بیمه مشترک، "کمک اضافی" دریافت می‌کنید، ممکن است واجد شرایط سایر مزایای تکمیلی هدفمند و/یا کاهش هدفمند تقسیم هزینه باشید.
- لطفاً برای جزئیات بیشتر به نمودار مزایای پزشکی در فصل 4، بخش D، صفحه 74 بروید.
- اعضا واجد شرایط حذف تقسیم هزینه برای داروهای بخش D. برای جزئیات به فصل 6 مراجعه کنید.

Wellcare by Health Net که مورد تأیید Medicare است، این مزایا را به عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (Value-Based Insurance Design) ارائه می‌کند این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند.

- **اطلاعات مزایای مهم برای اعضای دارای عارضه‌های مزمن خاص.**
اگر عارضه‌های مزمن زیر را دارید و معیارهای پزشکی خاصی را دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای اضافی باشید:

  - **اختلالات خود ایمنی محدود به:**
    - پلی آرتریت ندوزا (همچنین با عنوان PAN، التهاب و ضعیف شدن شریان ها نیز شناخته می شود)
    - پلیمیالژیا روماتیکا (همچنین با عنوان PMR، التهاب/درد/سفتی در شانه ها و باسن نیز شناخته می شود)
    - پلی میوزیت (همچنین با عنوان میوپاتی التهابی، ضعف عضلانی شناخته می شود)
    - آرتریت روماتوئید (همچنین با عنوان RA، درد / سفتی در مفاصل شناخته می شود)
    - لوپوس اریتماتوز سیستمیک (همچنین با عنوان لوپوس شناخته می شود)

  - **سرطان** (به استثنای عارضه‌های پیش از سرطان یا وضعیت درجا (مرحله 0))
  - **اختلالات قلبی عروقی محدود به:**
    - آریتمی های قلبی (همچنین با عنوان ریتم غیر طبیعی قلب شناخته می شود)
    - اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن (همچنین با عنوان لخته شدن خون در پاها شناخته می شود)
    - بیماری عروق کرونر (همچنین با عنوان سابقه درد قفسه سینه، حملات قلبی یا سفت شدن رگ های قلب شناخته می شود)
    - بیماری عروق محیطی (همچنین با عنوان سخت شدن شریان های پا شناخته می شود)

  - **اختلال مزمن مصرف الکل یا سایر مواد**
  - **نارسایی مزمن قلب**
  - **اختلالات مزمن ریه محدود به:**
    - آسم
    - برونشیت مزمن
    - آمفیزم
    - فیبروز ریوی (همچنین با عنوان اسکار بافت ریه شناخته می شود)
    - فشار خون ریوی (همچنین با عنوان فشار خون بالا در ریه ها شناخته می شود)

  - **عارضه های سلامت روان مزمن و ناتوان کننده محدود به موارد زیر:**
    - اختلالات دوقطبی
    - اختلالات افسردگی اساسی
    - اختلال پارانوئید
    - اسکیزوفرنی
    - اختلال اسکیزوافکتیو
  - **زوال عقل**
  - **دیابت شیرین (همچنین با عنوان دیابت نوع I یا نوع II شناخته می شود)**

- **HIV/AIDS**
- **بیماری کبدی مرحله نهایی**
- **بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) که نیاز به دیالیز دارد**
- **اختلالات عصبی محدود به:**
  - اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)
  - صرع
  - فلج گسترده (به عنوان مثال، همی پلژی، کوادری پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)
  - بیماری هانتینگتون
  - مولتیپل اسکلروزیس (MS)
  - بیماری پارکینسون
  - پلی نوروپاتی
  - تنگی کانال نخاعی
  - نقص عصبی مرتبط با سکته مغزی

- **اختلالات خونی شدید <u>محدود به:</u>**
  - کم‌خونی آپلاستیک
  - اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن
  - هموفیلی
  - پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی
  - سندرم میلودیسپلاستیک
  - بیماری سلول داسی شکل (به استثنای صفت سلول داسی شکل)
- **سکته**

- طرح شما شامل مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (SSBCI) است. این مزایای تکمیلی فقط به اعضای مبتلا به بیماری مزمن پرخطر ارائه می‌شود که معیارهای اضافی را برای واجد شرایط بودن نیز دارند.

- **اعضا برای واجد شرایط بودن باید هر سه معیار واجد شرایط بودن زیر را داشته باشند و حفظ کنند:**

1. عضو باید به مدیریت **مراقبت‌های ویژه** نیاز داشته باشد.
   - بر اساس ارزیابی پزشک از بیمار که در 60 روز گذشته 2 بار یا بیشتر بستری شده است **یا** در 60 روز گذشته 3 بار یا بیشتر به اورژانس مراجعه کرده است.
2. عضو باید در معرض خطر بالای بستری شدن باشد.
   - بر اساس ارزیابی پزشک از بیمار که در معرض خطر بالای بستری بدون برنامه ریزی در 60 روز آینده است.
3. عضو باید یک سند تشخیص مستند و معتبر برای یک یا چند مورد از عارضه های واجد شرایط کننده زمینه ای و پیچیده پزشکی داشته باشد. این عارضه باید تهدید کننده زندگی باشد یا به طور قابل توجهی سلامت کلی یا عملکرد عضو را محدود کند.
   - پس از ویزیت مطب موردنیاز، پزشک باید ادعایی را ارائه کند که کد(های) تشخیص را برای عارضه(های) واجد شرایط کننده نشان می دهد.

- واجد شرایط بودن به صلاحدید طرح شما از طریق فرآیندهایی که تاریخچه مطالبات، طبقه بندی ریسک و سایر اطلاعات را بررسی می‌کند، تعیین می‌شود. اعضایی که نمی‌توانند به‌طور خودکار واجد

شرایط شوند، باید برای اطمینان از وجود اسناد کافی (مانند ادعاها، ارزیابی واجد شرایط کننده) جهت تأیید واجد شرایط بودن، ویزیتی را با پزشک خود برنامه‌ریزی کنند.

1. قبل از دریافت دسترسی به این مزایا، تأیید اینکه همه معیارها برآورده شده‌اند، لازم است.
2. همه مزایا در 31 دسامبر 2023 پایان می‌یابد و اعضا هر سال ملزم به احراز شرایط برای طرح خواهند بود.

- برای اطلاعات بیشتر، لطفاً از طریق شماره درج شده در پشت کارت شناسایی خود با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- برای اطلاعات بیشتر به ردیف "کمک به برخی بیماری‌های مزمن" در نمودار مزایا مراجعه کنید.

- همه خدمات پیشگیری رایگان هستند. این علامت سیب را در کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا خواهید یافت.
- **حمایت‌های جامعه:** *حمایت‌های جامعه ممکن است در طرح مراقبت فردی شما موجود باشد.* حمایت‌های جامعه خدمات یا محیطهای جایگزین مناسب و مقرون به صرفه از نظر پزشکی هستند. این خدمات برای اعضا اختیاری است. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات ممکن است به شما کمک کند مستقل‌تر زندگی کنید. آنها جایگزین مزایایی نمی‌شوند که قبلاً به موجب Medi-Cal دریافت می‌کردید.نمونه‌هایی از حمایت‌های جامعه که ارائه می‌دهیم عبارتند از غذا و وعده‌های غذایی حمایتی پزشکی یا وعده‌های غذایی متناسب‌سازی شده پزشکی، کمک به شما یا مراقب شما، یا دستگیره‌ها و سطوح شیب‌دار برای دوش گرفتن. اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام پشتیبانی‌های انجمن ممکن است برای شما در دسترس باشد، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)، هماهنگ کننده مراقبت خود، یا با ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود تماس بگیرید. ساعات کاری خدمات اعضا به شرح زیر است: بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

D. جدول مزایای برنامه ما

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	غربالگری آنوریسم آئورت شکمی ما هزینه یک بار سونوگرافی غربالگری برای افراد در معرض خطر پرداخت خواهیم کرد برنامه ما فقط در صورتی هزینه این غربالگری را پوشش می‌دهد که دارای عوامل خطر مشخصی باشید و اگر از پزشک، دستیار پزشک، پرستار یا متخصص پرستاری بالینی خود برای آن معرفی بگیرید.	$0
	طب سوزنی ما تا سقف دو بار برای هر ماه تقویمی هزینه‌های سرپایی طب سوزنی بیماران را پرداخت می‌کنیم، و در صورتی تعداد دفعات بیشتری را پوشش می‌دهیم که این جلسات از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. اگر کمر درد مزمن دارید که به صورت زیر تعریف می‌شود، ما هزینه 12 جلسه طب سوزنی در مدت 90 روز را هم پرداخت می‌کنیم: • 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛ • خاص نباشد (بدون علت سیستمی قابل شناسایی، مانند مواردی که مربوط به بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی نباشد)؛ • مربوط به عمل جراحی نباشد؛ **و** • مربوط به بارداری نباشد. علاوه بر آن، اگر درد مزمن کمر شما تا حدودی بهبود پیدا کند، هزینه 8 جلسه طب سوزنی دیگر نیز پرداخت می‌شود امکان این وجود ندارد که در هر سال بیش از 20 جلسه درمان طب سوزنی برای درد پایین کمر دریافت کنید. در صورتی که بهتر نشدید یا بدتر شدید، درمان طب سوزنی برای درد پایین کمر باید متوقف شود. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	طب سوزنی (ادامه) طرح ما همچنین خدمات تکمیلی طب سوزنی (تحت پوشش Non-Medicare) را تا مجموع 24 بار در سال پوشش می‌دهد. در بیشتر موارد، برای دریافت خدمات تحت پوشش باید از یک ارائه دهنده تحت قرارداد استفاده کنید. اگر در مورد نحوه استفاده از این مزایا سؤالی دارید، لطفاً با طرح ما تماس بگیرید. چند نمونه از خدمات تحت پوشش عبارتند از: • یک معاینه بیمار جدید یا معاینه بیمار که برای اولین ارزیابی بیمار با یک مشکل جدید سلامت یا دوره جدید عود بیماری تنظیم شده است • انجام معاینات بیمار (در عرض 3 سال پس از معاینه جدید) • جلسه معاینات پیگیری در مطب - ممکن است شامل خدمات طب سوزنی یا معاینه مجدد باشد • نظر دوم از ارائه‌دهنده متفاوت در شبکه • خدمات فوری و اورژانسی. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد*	
	مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل ما هزینه یک بار غربالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را برای افراد بزرگسالی که سوء مصرف الکل دارند، اما به الکل وابسته نیستند، پرداخت می‌کنیم. این موضوع شامل زنان باردار می‌شود. اگر معاینه تشخیصی شما برای اعتیاد به الکل مثبت باشد، می توانید حداکثر چهار جلسه کوتاه مشاوره رو در رو در سال را با ارائه کننده مراقبت های درمانی اصلی یا کاروری در محیط مراقبت های اصلی دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هشدار باشید).	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت پوشش شامل انتقال زمینی، انتقال با هواپیما و (بالگردهای) آمبولانس است. آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا جان شما خطرناک باشد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید به تأیید ما برسد. در مواردی که اضطراری نمی باشند، ما ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
	معاینه روتین (Routines) جسمی سالانه معاینه جسمی سالانه شامل معاینه قلب، ریه، شکم و سیستم‌های عصبی و همچنین معاینه دست بالای بدن (مانند سر، گردن و اندام‌ها) و شرح حال پزشکی/خانوادگی مفصل، علاوه بر خدمات موجود در معاینه جسمی سالانه.	$0
	ویزیت تندرستی (wellness) سالانه شما باید یک ویزیت سلامت سالیانه دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی برنامه پیشگیری براساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می‌باشد. ما هر 12 ماه یک بار این هزینه را پرداخت خواهیم کرد.	$0
	خدمات پیشگیرانه آسم شما می‌توانید آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه را برای محرک‌هایی که معمولاً در خانه افراد مبتلا به آسم که به خوبی کنترل نشده یافت می‌شود، دریافت کنید.	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	سنجش تراکم استخوان ما هزینه برخی ارزیابی‌های خاص را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً فردی که در معرض خطر از دست دادن حجم توده استخوان یا پوکی استخوان باشد) پرداخت خواهیم کرد. این روال‌ها توده استخوان را شناسایی کرده، از دست رفتن استخوان را پیدا کرده یا کیفیت استخوان را مشخص می‌کند. ما هر 24 ماه یک بار یا در صورت ضرورت پزشکی در فواصل زمانی کوتاهتر، این هزینه را پرداخت می‌کنیم . همچنین ما هزینه پزشک را برای بررسی و نظردهی درباره نتایج پرداخت خواهیم کرد.	$0
	معاینه تشخیص سرطان سینه (ماموگرام) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • یک ماموگرام اولیه بین 35 و 39 سالگی • یک معاینه غربالگری ماموگرام هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا • معاینات بالینی سینه هر 24 ماه	$0
	خدمات توانبخشی قلبی ما هزینه‌های مربوط به خدمات توانبخشی قلب مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایط خاصی را با ارجاع پزشک برآورده کنند. ما همچنین هزینه برنامه‌های توانبخشی قلبی متمرکز را پوشش می‌دهیم که از برنامه‌های توانبخشی قلبی فشرده‌تر است. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	ویزیت کاهش خطر بیماری قلب و عروق (درمان بیماری قلبی) برای کمک به کاهش احتمال بروز بیماری‌های قلبی، هزینه ویزیت را یک بار در سال، یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی، برای ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه پرداخت می‌کنیم. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است: • استفاده از آسپیرین را توصیه کند، • فشار خون شما را کنترل کند، **و/یا** • به شما راهنمایی‌هایی ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می‌خورید.	$0
	آزمایش بیماری قلب و عروق 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 کنترل می‌کنند.	$0
	معاینه تشخیصی سرطان دهانه رحم و مهبل ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • برای همه زنان: آزمایشات پپ و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه • برای زنانی که احتمال بروز سرطان دهانه رحم یا واژن در آنها زیاد است: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنانی که نتیجه تست پاپ اسمیر آن‌ها در 3 سال گذشته غیرطبیعی بوده است و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنان بین 30 تا 65 سال: آزمایش پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ اسمیر به علاوه HPV هر 5 سال یک‌بار	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • میزان سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی طرح ما همچنین خدمات تکمیلی کایروپراکتیک (تحت پوشش Non-Medicare) را تا 24 بار در سال پوشش می‌دهد. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
	غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد برای افراد 50 سال و بالاتر، هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر (یا غربالگری تنقیه باریوم) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی در مدفوع، هر 12 ماه • آزمایش خون پنهان در مدفوع گایاک یا آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع، هر 12 ماه یک بار • غربالگری DNA برای سرطان روده بزرگ، هر 3 سال • کولونوسکوپی هر ده سال یک بار (اما نه ظرف 48 ماه بعد از معاینه غربالگری سیگموئیدوسکوپی) • هر 24 ماه کولونوسکوپی (یا معاینه غربالگری تنقیه باریوم) برای اشخاصی که احتمال ابتلا به سرطان روده بزرگ در آن‌ها بالاست.	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS) CBAS برنامه خدماتی برای بیماران سرپایی می‌باشد که اشخاص طبق جدول زمانی در آن شرکت می‌کنند. این برنامه مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان (شامل درمان شغلی، ورزش درمانی و گفتار درمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ارائه‌کننده مراقبت، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را عرضه می‌کند. ما هزینه CBAS را اگر واجد شرایط باشید به شما پرداخت خواهیم کرد. **توجه:** اگر مرکز CBAS در دسترس نباشد، ما می‌توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
	مشاوره برای ترک سیگار یا استفاده از توتون اگر از دخانیات استفاده می‌کنید ولی علائم یا نشانه‌های بیماری مربوط به آن را ندارید و می‌خواهید یا نیاز دارید ترک کنید: • ما هزینه دو بار اقدام به ترک را ظرف 12 ماه به عنوان یک خدمات پیشگیرانه پرداخت خواهیم کرد. این خدمات رایگان می‌باشند. هر اقدام به ترک شامل حداکثر چهار مراجعه حضوری به مشاور است. اگر از توتون استفاده می‌کنید و تشخیص داده شده که به بیماری مربوط به توتون مبتلا هستید یا دارویی را مصرف می‌کنید که ممکن است توتون بر آن تأثیری داشته باشد: • ما در هر دوره 12 ماهه، هزینه دو بار مشاوره جهت ترک را پرداخت خواهیم کرد. هر جلسه مشاوره شامل چهار ویزیت رو در رو می‌باشد. اگر حامله هستید، ممکن است با تأیید اولیه، مشاوره ترک سیگار نامحدود دریافت کنید.	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات دندانپزشکی برخی از خدمات دندانپزشکی از جمله جرم گیری، پر کردن و دندان مصنوعی از طریق طرح دندانپزشکی Medi-Cal یا Medi-Cal FFSارائه می‌شود، اما محدود به این موارد نیست. **خدمات اضافی:** علاوه بر مزایای دندانپزشکی تحت پوشش Medi-Cal، طرح Medicare ما خدمات و اقدامات دندانپزشکی اضافی را نیز پوشش می‌دهد. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به آنها نیست: کراون - فلزات نجیب - هر 5 سال تقویمی یک بار به ازای هر دندان پروتزهای دندانی (دندان مصنوعی) - هر 2 سال تقویمی برای هر فک بریج - هر 5 سال تقویمی برای هر دندان استثناها و محدودیت‌هایی اعمال می‌شود. می توانید جزئیات مربوط به مزایای دندانپزشکی Medi-Cal خود را در اینجا بیابید https://smilecalifornia.org *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
	غربالگری افسردگی ما هر سال یک بار هزینه غربالگری افسردگی را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری باید در یک محیط مراقبت‌های درمانی اولیه انجام شود که بتواند درمان و ارجاعات بعدی را ارائه کند.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	غربالگری دیابت اگر هرکدام از عوامل خطر زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربالگری (از جمله آزمایش قند ناشتا) را پرداخت می‌کنیم: • فشار خون بالا • تاریخچه (میزان غیرعادی کلسترول و تری گلیسیرید) • چاقی • تاریخچه قند خون بالا (گلوکز) آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر از قبیل اینکه مبتلا به اضافه وزن و تاریخچه خانوادگی دیابت باشید تحت پوشش باشند. بستگی به نتایج آزمایش، ممکن است واجد شرایط حداکثر دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه باشید.	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت ما هزینه خدمات زیر را برای تمام افرادی که بیماری دیابت دارند پرداخت می‌کنیم (چه از انسولین استفاده کنند یا خیر): • لوازم کنترل و نظارت بر قند خون شامل موارد زیر: ○ دستگاه کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون ○ نوارهای آزمایش گلوکز/قند خون ○ تیغ و وسیله‌های مربوطه ○ محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل • برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری‌های شدید ناشی از دیابت در ناحیه پای خود دارند، ما هزینه موارد زیر را پرداخت می‌کنیم: ○ یک جفت کفش سفارشی طبی (شامل قالب) به همراه خدمات اندازه کردن کفش‌ها و دو جفت قالب اضافی در هر سال تقویمی، **یا** ○ یک جفت کفش عمق‌دار، به همراه خدمات اندازه کردن کفش و سه جفت قالب در سال (شامل قالب‌های برداشتنی غیرسفارشی نمی‌شود که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند) • در برخی موارد، ما هزینه آموزش برای کمک به مدیریت دیابت خود را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید. • ما هزینه آموزش برای کمک در مدیریت دیابت شما را در برخی موارد پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید. لوازم و دستگاه سنجش قند خون اگر از داروخانه تهیه شود به برند OneTouch محدود می‌شود. سایر برندها تحت پوشش نیست؛ مگر با مجوز قبلی. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات همراه زائو برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با همراه زائو در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و درد زایمان را پرداخت می‌کنیم.	$0
تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه برای تعریف "تجهیزات پزشکی بادوام (DME)" به فصل آخر در *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • صندلی چرخ‌دار از جمله صندلی چرخ‌دار برقی • عصای زیر بغل • سیستم خوشخواب برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم دیابت • تخت‌های بیمارستان که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه خود سفارش داده می‌شوند • پمپ و پل تزریق درون وریدی (IV) • پمپ انترال و منبع • دستگاه های تولید گفتار • تجهیزات و لوازم اکسیژن • نبولایزر • واکر • عصای خمیده استاندارد یا واکر و وسایل جایگزین • نگهدارنده گردن (بر روی در) • محرک استخوان • تجهیزات دیالیز	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	اقلام دیگری ممکن است تحت پوشش باشند. ما هزینه DME کلیه ضرورت‌های پزشکی که معمولاً تحت پوشش Medicare و Medi-Cal است را پرداخت می‌کنیم. در صورتی که تأمین‌کننده ما در منطقه شما محصول یک برند یا تولیدکننده را نداشت، شما می‌توانید سؤال کنید که آیا می‌توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (ادامه) لطفاً به منظور دریافت کمک در یافتن ارائه‌کننده دیگری که ممکن است وسیله مورد نظر را داشته باشد با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. وسیله‌های با دوام پزشکی که تحت پوشش Medicare نبوده و برای خارج خانه استفاده می‌شوند نیز تحت پوشش هستند. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
	مراقبت اضطراری مراقبت اورژانسی یعنی خدماتی که: • توسط ارائه‌کننده‌ای ارائه شوند که در زمینه خدمات مراقبت اورژانسی آموزش دیده است، **و** • برای درمان وضعیت اضطراری پزشکی لازم هستند. وضعیت اضطراری پزشکی یک وضعیت پزشکی است که با درد شدید و آسیب جدی همراه است. وضعیت به قدری جدی است که اگر فوراً به آن رسیدگی نشود، هر شخصی با دانش متوسط بهداشتی و پزشکی، گمان می‌کند در نتیجه آن: • خطر جدی برای سلامت شما یا جنین متولد نشده وجود داشته باشد؛ **یا** • عملکردهای بدن آسیب جدی می‌بینند؛ **یا** • عملکرد یکی از اعضا یا قسمت‌های بدن با اختلال جدی روبرو می‌شود؛ **یا** • در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، در شرایط زیر: ○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر برای سلامت و امنیت شما یا جنین‌تان را در خطر قرار دهد. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 اگر مراقبت اضطراری را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید و پس از اینکه وضعیت اضطراری شما ثبات پیدا کرد به مراقبت بیماران بستری نیاز داشته باشید، برای اینکه پرداخت هزینه مراقبت شما ادامه پیدا کند باید به یک بیمارستان شبکه برگردید. فقط در صورتی که طرح تأیید کند می‌توانید در بیمارستانی که خارج از شبکه است برای دریافت مراقبت بستری) بمانید.

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات درمانی اورژانسی (ادامه) پوشش اورژانسی یا فوری در سراسر جهان. مراقبت فوری، ضروری، و پس از تثبیت است که خارج از ایالات متحده دریافت شود.[1] • فقط محدود به خدماتی است که اگر در آمریکا ارائه شوند به صورت مراقبت‌های اضطراری، دارای نیاز فوری یا پس از تثبیت طبقه‌بندی می‌شوند.[1] • خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می‌اندازد تحت پوشش قرار می‌گیرند. • مالیات و هزینه‌های خارجی (از جمله تبدیل ارز و انتقال وجه) پوشش داده نمی‌شوند. سقف سالیانه برای پوشش بیمه اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان $50,000 تعیین شده است. منظور از آمریکا، 50 ایالت، منطقه Colombia، Puerto Rico، Virgin Islands، Guam، Northern Mariana Islands و American Samoa است.	$95 در صورت بستری شدن برای مراقبت های بیمارستانی بستری، سهم هزینه ویزیت اورژانس با پوشش سراسر جهان/خدمات مورد نیاز فوری لغو نمی شود.

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می‌دهد تا هر ارائه‌کننده‌ای را برای خدمات تنظیم خانواده خاص انتخاب کنید. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایشات تشخیص • روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD، کاشت ضد بارداری، تزریق، قرص‌های ضد بارداری، پچ، یا حلقه) • لوازم تجویزی تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مربوطه • مشاوره، آزمایش و درمان برای عفونت های مقاربتی (STI) • مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV • جلوگیری از بارداری دائمی (باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده 21 سال یا بیشتر داشته باشید. باید حداقل 30 روز اما کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی فرم فدرال رضایت عقیم‌سازی امضا کنید.) • مشاوره ژنتیک همچنین ما هزینه برخی از خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت می‌کنیم. با این حال، برای خدمات زیر باید به یک ارائه دهنده در شبکه ما مراجعه کنید: • مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی باردار شدن نمی‌شود.) • مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV • آزمایش ژنتیک	$0

	برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض درمانی خاصی تمرکز دارند. شامل موارد زیر: • کلاس‌های آموزش‌های بهداشتی؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و تنباکو؛ • خط تلفن پرستاری • مزایای تناسب اندام طرح ما عضویت در یک برنامه تناسب اندام انعطاف پذیر با اعتبار ماهانه برای استفاده در انواع سالن‌های ورزشی بزرگتر یا استودیوهای تناسب اندام محلی را فراهم می‌کند. شما هر ماه 32 اعتبار برای استفاده خواهید داشت. اعتبار می‌تواند برای پوشش عضویت ماهیانه در باشگاه با تعداد جلسات نامحدود و/یا کلاس‌های استودیو تناسب اندام، پک‌های تناسب اندام در خانه و ویدیوهای تناسب اندام استفاده شود. هر گونه اعتبار استفاده نشده از تخصیص ماهانه به ماه بعد منتقل نمی‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد عضویت تناسب اندام، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب سایت ما به آدرس مراجعه کنید. www.wellcare.com/healthnetCA • سیستم پاسخگویی اضطراری شخصی (Personal Emergency Response System، PERS): پوشش برای یک دستگاه پاسخ اضطراری پزشکی شخصی در طول عمر و هزینه ماهانه آن. یک دستگاه پاسخ اضطراری پزشکی شخصی آرامش خاطر و پاسخگویی 24/7 ساعته به نیازهای اضطراری و غیر اضطراری شما را فراهم می‌کند. اعضا می‌توانند یک سیستم PERS سنتی "با سیم" را انتخاب کنند که از طریق تلفن ثابت متصل می‌شود یا یک سیستم بی‌سیم را انتخاب کنند. برای سیستم‌های دارای سیم، یک تلفن ثابت هم مورد نیاز است. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	Healthy foods card از آنجایی که طرح ما در برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش افزوده شرکت می‌کند، اعضای واجد شرایط از مزایای Healthy Foods Card برای کمک به حفظ یک رژیم غذایی سالم برخوردار خواهند شد. مزیت Healthy Foods Card کمک هزینه‌ای معادل $50.00 در ماه برای خرید غذاهای سالم و مغذی و محصولات از خرده فروشان شرکت کننده است. شما یک کارت نقدی از پیش بارگذاری شده دریافت خواهید کرد و کمک هزینه ماهانه در ابتدای هر ماه در دسترس خواهد بود. مبلغ استفاده‌نشده به ماه بعدی منتقل نمی‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد اقلام مواد غذایی که تحت پوشش هستند و درباره خرده فروشان مشارکت کننده، و برای اطلاع از اینکه آیا واجد شرایط هستید، لطفا با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب سایت ما به این آدرس بازدید کنید www.wellcare.com/healthnetCA.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات شنوایی ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن انجام شده توسط ارائه‌کننده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید. وقتی این آزمایش‌ها را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، تحت پوشش مراقبت سرپایی هستند. اگر باردار هستید یا در یک مرکز خدمات پرستاری اقامت دارید، ما هزینه سمعک که شامل موارد زیر می‌شود را پرداخت خواهیم کرد: • قالب، لوازم و جاسازی • تعمیری که بیش از $25 برای هر تعمیر هزینه داشته باشد. • یک مجموعه باتری‌های اولیه • شش بازدید برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری با همان فروشنده بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید. • دوره اجاره آزمایشی سمعک طرح ما خدمات شنوایی تکمیلی (یعنی معمول) زیر را نیز پوشش می‌دهد: • 1 معاینه معمول شنوایی در هر سال. • 1 نصب و ارزیابی سمعک هر سال. • 1 سمعک غیرقابل کاشت تا سقف $1000 برای هر گوش در سال. محدود به 2 سمعک غیرقابل کاشت در سال. مزایا شامل 1 سال گارانتی استاندارد و 1 بسته باتری است. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

	کمک به برخی عارضه‌های مزمن **مزایای مکمل ویژه برای بیماری‌های مزمن** طرح ما بدون هیچ هزینه ای برای شما مزایای اضافی را برای اعضای خاص ارائه می‌دهد. جهت واجد شرایط بودن برای این مزایا، باید معیارهای خاصی را داشته باشید، از جمله داشتن تشخیص معتبر برای یک یا چند بیماری واجد شرایط کننده زمینه ای و پیچیده از نظر پزشکی. این وضعیت باید تهدید کننده زندگی باشد یا به طور قابل توجهی سلامت کلی یا عملکرد عضو را محدود کند. علاوه بر این، عضو باید به مراقبت های ویژه نیاز داشته باشد و در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان باشد. برای فهرست کامل معیارهای واجد شرایط بودن، لطفاً از فصل 4، بخش C، صفحه 69 دیدن کنید. اگر احساس می‌کنید که معیارها را دارید و می‌خواهید درباره مزایای زیر، از جمله نحوه دریافت آنها بیشتر بدانید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. در صورت واجد شرایط بودن، ممکن است مزایای زیر را دریافت کنید: **Utility Flex Card** در صورت واجدشرایط بودن، این طرح یک دبیت کارت Visa از پیش پرداخت شده با محدودیت $75 در ماه برای کمک به پوشش هزینه‌های آب و برق خانه شما ارائه می‌دهد. این مزایا فقط برای استفاده شماست، قابل فروش یا انتقال نیست و ارزش نقدی ندارد. تمامی دلارهای مزایای استفاده نشده Utility Flex Card در پایان هر ماه منقضی می‌شود. خدمات قبض تأیید شده برای این مزیت عبارتند از: • قبوض برق، گاز، بهداشت و آب • خدمات تلفن ثابت و همراه • سرویس تلویزیون کابلی • برخی از هزینه‌های سوخت، مانند نفت گرمخانه اگر Visa Flex Card پیش پرداخت خود را دریافت نکرده‌اید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. در صورت خرابی کارت، یا برای ارائه به ارائه دهندگان خدمات واجد شرایطی که Visa کارت را قبول نمی‌کنند، امکان بازپرداخت هم فراهم است. شما باید یک فرم درخواست برای بازپرداخت را به همراه اصل رسید چاپ شده و دقیق از محل ارائه دهنده ارسال کنید. مطالبات باید ظرف 90 روز از تاریخ خرید روی رسید شما ارسال شوند.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
غربالگری HIV ما هزینه یک غربالگری HIV را در هر 12 ماه برای اشخاص زیر پرداخت می‌کنیم: • آزمایش معاینه غربالگری HIV درخواست کنند، **یا** • در معرض افزایش خطر ابتلا به HIV باشند. برای زنان باردار، ما هزینه حداکثر سه آزمایش معاینه تشخیص HIV را در طول بارداری پرداخت می‌کنیم. ما همچنین در صورت توصیه توسط ارائه دهنده شما، هزینه غربالگری (های) اضافی HIV را پرداخت خواهیم کرد.	$0
مراقبت درمانی سازمان در خانه 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. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل پاره‌وقت یا ناپیوسته (که تحت مزایای مراقبت درمانی در خانه پوشش داده می‌شود، باید خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل شما به همراه هم برابر با کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشند.) • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • لوازم و وسیله‌های پزشکی *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
درمان با تزریق خانگی طرح درمانی هزینه‌های مربوط به تزریقات در منزل را پرداخت خواهد کرد، تزریقات به معنی تزریق داروها یا مواد بیولوژیکی است که باید داخل ورید یا زیر پوست تزریق شود و در منزل به شما ارائه می‌شود. برای انجام انفوزیون و تزریق خانگی به موارد زیر نیاز است: • یک دارو یا ماده بیولوژیک، برای مثال یک آنتی‌ویروس یا گلوبولین ایمنی؛ • تجهیزات، از قبیل پمپ؛ **و** • لوازم مورد نیاز مثل لوله و سوند. طرح ما خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می‌شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می‌دهد: • خدمات حرفه‌ای، از جمله خدمات پرستاری، که بر اساس برنامه مراقبتی شما ارائه می‌شوند؛ • آموزش و تمرین عضو که از قبل در مزایای DME قید نشده است؛ • نظارت از راه دور؛ **و** • نظارت روی خدمات مربوط به مفاد درمان انفوزیون و تزریق خانگی و داروهای انفوزیون و تزریق خانگی که از سوی ارائه‌کننده درمان تزریق خانگی واجد صلاحیت آماده شده است. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

	مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج اگر ارائه‌کننده شما و متخصص و مدیر امور بیماران رو به مرگ پیش‌بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه دارای تأیید Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه‌کننده شبکه یا ارائه‌کننده خارج از شبکه باشد. هزینه‌های موارد زیر مادامی که از خدمات آسایشگاه استفاده می‌کنید توسط طرح ما پرداخت خواهد شد: • داروهای درمان علائم بیماری و درد • مراقبت تنفسی کوتاه مدت • مراقبت در منزل **برای خدمات مراقبت در منزل و خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا B، هزینه‌ها از Medicare دریافت می‌شود.** • برای اطلاعات بیشتر به **بخش F** در صفحه 133 این فصل مراجعه کنید. **برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما است اما تحت پوشش Medicare Part A یا B نیست:** • طرح ما خدماتی را پوشش می‌دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا B نیستند. ما خدمات را پوشش می‌دهیم، خواه به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط باشد یا نباشد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید. **داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Part D طرح ما در طرح Medicare قرار گیرد:** • داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** ، بخش F3، صفحه 153*دفترچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید. **توجه:** اگر به مراقبتی غیر از مراقبت بیماران لاعلاج نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. این نوع مراقبت به لاعلاج بودن بیماری شما **مربوط نمی‌شود**. **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج (ادامه) برنامه ما خدمات مشاوره بیماری لاعلاج را برای عضو مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای بیماری لاعلاج را انتخاب نکرده تحت پوشش قرار می‌دهد (فقط یک بار). *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
	واکسیناسیون ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • واکسن پنومونی • واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، همراه با واکسن اضافی آنفولانزا در صورت ضرورت پزشکی • واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید. • واکسن‌های COVID-19 • سایر واکسن‌ها اگر در معرض خطر هستید و مقررات پوشش Medicare Part B را برآورده می‌کنند. ما هزینه سایر واکسن‌های مطابق با قوانین پوشش Medicare Part D را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 6**، بخش D، صفحه 160 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. ما همچنین هزینه تمام واکسن‌های توصیه‌شده توسط هیئت مشاوره در مورد اقدامات ایمن‌سازی (ACIP) را پرداخت می‌کنیم. *برخی از داروهای قسمت B برای تحت پوشش قرار گرفتن به مجوز قبلی نیاز دارند.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات پشتیبانی در خانه اگر برخی شرایط بالینی را دارا باشید، ما دسترسی به خدمات پشتیبانی در خانه را برایتان فراهم می‌کنیم، خدمات شامل نظافت، کارهای خانه و تهیه غذا و همچنین ارائه کمک در انجام فعالیت‌های روزمره می‌باشد. خدمات باید توسط یک پزشک دارای مجوز برنامه یا یک ارائه دهنده برنامه دارای مجوز تجویز یا درخواست شود. شما ممکن است در مدیریت مراقبت باشید یا توسط یک مدیر مراقبت ارزیابی شوید. مدارک یکی از موارد زیر برای خدمات مورد نیاز است: • تشخیص آلزایمر/سایر بیماری‌های زوال عقل • جراحی تعویض مفصل • بهبودی با اندام آسیب دیده • قطع اندام • آب مروارید / شبکیه / جراحی دیگر چشم • بیماری قلبی ریوی پیشرفته • سکته • راه رفتن با دستگاه کمکی • اختلال بینایی • بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان • مراجعات مکرر به اورژانس • دوران پس از جراحی با بیماری‌های مزمن، از جمله یکی از موارد زیر: دیابت، بیماری انسدادی مزمن ریوی COPD، نارسایی احتقانی قلب (CHF)، عفونت دستگاه ادراری (UTI)، بیماری کلیوی، سرطان، یا تشخیص سلامت رفتاری. خدمات به صورت (جلسات) افزایشی 4 ساعته ارائه خواهد شد با حداکثر 12 بازدید در سال. جهت کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد) • 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 • اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی ضروری **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0 برای بستری شدن در یک بیمارستان خارج از شبکه پس از اینکه شرایط اورژانسی شما ثابت شده است، باید از طرف طرح ما تأییدیه دریافت کنید.

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان (ادامه) • وسایلی از قبیل صندلی چرخدار • خدمات اتاق جراحی و ریکاوری • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتار درمانی • خدمات اعتیاد بیماران بستری • در برخی موارد، پیوند اندام‌های زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/اندام‌های داخلی. اگر به پیوند عضو نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا شرایط پیوند را دارید یا خیر. ارائه‌کنندگان پیوند عضو می‌توانند محلی یا خارج از منطقه خدمات‌رسانی باشند. اگر ارائه دهندگان خدمات پیوند عضو تمایل داشته باشند نرخ Medicare را بپذیرند، می توانید خدمات پیوند را به صورت محلی یا خارج از الگوی درمان انجمنتان دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند عضو را در خارج شبکه ارائه دهنده خدمات درمانی به جامعه محلی ما ارائه کند و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آنجا دریافت کنید، ما مقدمات اقامت و رفت و آمد شما و یک شخص دیگر را فراهم می‌کنیم و یا هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • خون، شامل ذخیره و تزریق • خدمات پزشک بعد از اینکه وضعیت اضطراری شما تحت کنترل قرار می‌گیرد، شما باید اجازه برنامه درمانی را برای ادامه دریافت مراقبت بیماران بستری در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات بستری در بیمارستان روانی اگر خدمات بهداشت روان به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد • اگر نیازمند بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل باشید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از آن مؤسسه بهداشت روان شهرستان محلی هزینه خدمات روانپزشکی همراه با بستری را که از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد پرداخت می‌کند. تأیید دریافت خدمات درمانی پس از 190 روز با هماهنگی مؤسسه بهداشت روان شهرستان محل شما انجام می‌گیرد. ○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بهداشت روان ارائه شده به بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های عمومی اعمال **نخواهد شد.** • اگر سن شما 65 سال یا بیشتر است، ما هزینه خدماتی که در مؤسسه بیماری‌های روانی (IMD) دریافت کرده‌اید را پرداخت می‌کنیم. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید

اقامت بیماران بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) به هنگام بستری بدون پوشش
 	
اگر معقول و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه‌ای برای اقامت همراه با بستری شما پرداخت نمی‌کنیم.
 	
ولی در شرایط خاصی که خدمات درمانی بیمار بستری تحت پوشش نباشد، ما هنوز ممکن است که هزینه خدماتی که در حین اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می‌کنید را پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.
 	
ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند:
• خدمات پزشک
• آزمایشات تشخیص، از قبیل تست‌های آزمایشگاهی
• پرتوبرداری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین
• پانسمان جراحی
• تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی
• وسیله‌های پروتز و ارتوتیک به غیر از دندانپزشکی شامل جایگزینی یا تعمیر چنین وسیله هایی. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند:
  ○ یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت همجوار)، **یا**
  ○ عملکرد یک اندام داخلی بدن که عمل نمی‌کند یا بد کار می‌کند.
• ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، پا ، بازو و چشم مصنوعی. این شامل پوششدهی هزینه تنظیم، تعمیر و جایگزینی در صورت لزوم به دلیل شکستگی، خرابی، گم شدن یا تغییر در شرایط بیمار نیز می‌باشد.
• فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی
	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات و لوازم بیماری کلیه ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • خدمات آموزشی بیماری‌های کلیه برای آموزش نحوه مراقبت از کلیه و کمک به اعضا برای تصمیم گیری مناسب درباره نیازهای مراقبتی خود. شما باید مبتلا به مرحله IV بیماری مزمن کلیه باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما شش جلسه خدمات آموزشی بیماری کلیه را تحت پوشش قرار می‌دهیم. • درمان‌های دیالیز سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز زمانی که به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی هستند، همانطور که در **فصل 3**، بخش D4، صفحه 54 *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات به طور موقت در دسترس یا غیرقابل دسترسی است. • درمان‌های دیالیز بیماران سرپایی اگر به عنوان بیمار برای درمان‌های خاص در بیمارستان بستری شده‌اید • آموزش دیالیز توسط بیمار، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداواهای دیالیز در منزل کمک می‌کند • وسیله‌ها و لوازم دیالیز در منزل • برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت‌های ضروری توسط مددکاران آموزش‌دیدهٔ دیالیز برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و ذخیره آب شما. مزایای دارویی Medicare Part B هزینه بعضی از داروهای دیالیز را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به "داروهای تجویزی Medicare بخش B" در این جدول مراجعه کنید. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
غربالگری سرطان ریه اگر واجد شرایط زیر باشید، طرح درمانی هر 12 ماه هزینه غربالگری سرطان ریه را پرداخت می‌کند: • بین 50 تا 77 سال سن داشته باشید، **و** • با پزشک‌تان یا خدمات‌دهنده مورد تأیید دیگری مشورت کرده باشید و به تصمیم مشترکی رسیده باشید، **و** • حداقل به مدت 20 سال روزی 1 پاکت سیگار کشیده‌اید و هیچ علائمی از سرطان ریه ندارید یا اینکه درحال حاضر سیگار می‌کشید یا در 15 سال گذشته سیگار کشیدن را ترک کرده‌اید. پس از غربالگری نخست، طرح درمانی هزینه غربالگری دیگری را هر سال با توصیه کتبی پزشک شما یا ارائه دهنده واجد شرایط دیگر پرداخت خواهد کرد.	$0

	مزایای تغذیه‌ای • وعده‌های غذایی بعد از وضعیت حاد: برای اعضایی که از یک مرکز بستری (بیمارستان، مرکز پرستاری ماهر یا توانبخشی بستری) ترخیص می‌شوند، این طرح حداکثر 3 وعده غذایی در روز به مدت 14 روز و در مجموع 42 وعده غذایی را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما ارائه می‌دهد. شما ممکن است انتخاب کنید که وعده‌های غذایی تازه منجمد، وعده‌های غذایی ثابت در قفسه، یا یک مورد از شیک‌های تغذیه‌ای را دریافت کنید. می‌توانید ترکیبی از وعده‌های غذایی و شیک‌ها را تا سقف مزایای خود، با حداکثر یک مورد شیک در هر دفعه، دریافت کنید. • وعده‌های غذایی برای بیماران مزمن: اعضای تحت مراقبت با عارضه‌های مزمن خاص ممکن است واجد شرایط دریافت وعده‌های غذایی سالم به عنوان بخشی از یک برنامه تحت نظارت برای انتقال شما به سمت تغییرات سبک زندگی باشند. ○ عارضه‌های مزمن واجد شرایط کننده عبارتند از ایدز، آسم، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، نارسایی احتقانی قلب، بیماری عروق کرونر، دیابت و فشار خون بالا. ○ ممکن است تا حداکثر 3 وعده غذایی در روز تا 28 روز و حداکثر 84 وعده غذایی در ماه دریافت کنید. این مزایا حداکثر تا 3 ماه در سال قابل استفاده است. ○ بسته به در دسترس بودن، می‌توانید غذاهای تازه منجمد، وعده‌های غذایی قفسه‌ای، و/یا موردی از شیک‌های مغذی را انتخاب کنید. می‌توانید ترکیبی از وعده‌های غذایی و شیک را در سقف ماهانه خود دریافت کنید، با حداکثر یک مورد شیک در ماه. برای برنامه‌ریزی تحویل غذا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تلفن‌ها در پایین این صفحه درج شده‌اند. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
درمان تغذیه پزشکی این مزایا برای اشخاصی است که به دیابت یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. همچنین بعد از پیوند کلیه و در *صورت تجویزشدن* توسط پزشک چنین حالتی وجود دارد. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری در نخستین سال دریافت خدمات درمانی تغذیه پزشکی تحت Medicare در اختیار شما قرار می‌دهیم. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم. ما هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پس از آن پرداخت می‌کنیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات درمان بیشتری را با دستور پزشک دریافت کنید. در صورتی که درمان در سال بعدی نیز لازم باشد، پزشک باید این خدمات را تجویز کند و هر سال مجددا آن را توصیه کند. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم.	$0
برنامه پیشگیری از دیابتMedicare (MDPP) هزینه خدمات MDPP توسط طرح ما پرداخت خواهد شد. MDPP به شما کمک می‌کند رفتارهای سالمی را در خودتان ارتقا دهید. آموزش‌های عملی را در زمینه‌های زیر ارائه می‌کند: • تغییر بلندمدت رژیم غذایی، **و** • افزایش فعالیت فیزیکی، **و** • روش‌هایی برای حفظ وزن کاهش‌یافته و سبک زندگی سالم.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
داروی تجویزی Medicare Part B این داروها تحت پوشش Medicare Part B هستند. برخی از داروها ممکن است مشمول درمان مرحله‌ای باشند، به این معنی که ابتدا باید داروی دیگری را امتحان کنید تا ببینید آیا برای شما مؤثر است یا خیر. طرح ما برای داروهای زیر هزینه می‌پردازد: • داروهایی که معمولاً خودتان نمی‌توانید مصرف کنید، و در هنگام مراجعه به پزشک، در بیمارستان به صورت سرپایی یا در مرکز خدمات جراحی سیار به شما تزریق یا وارد بدن شما می‌شود. • داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) مصرف می‌کنید که طرح ما مجاز شمرده است • عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتیکه مبتلا به هموفیلی باشید • داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، اگر در هنگام پیوند اندام در Medicare Part A عضو باشید • داروهای تزریقی پوکی استخوان. اگر خانه نشین هستید، شکستگی استخوان دارید که پزشک تأیید می‌کند مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم. • آنتی‌ژن‌ها • برخی داروی خوراکی ضدسرطان و داروهای ضد تهوع **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
داروهای نسخه دار Medicare Part B (ادامه) • بعضی از داوهای خاص برای دیالیز در منزل، از جمله هپارین، آنتیدوت برای هپارین (اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)، بی حسی موضعی و داروهای شبیه ساز خون سازی (erythropoiesis) (مثل Epogen®، Procrit®، Epoetin Alfa, Aranesp® یا Darbepoetin Alfa) • گلوبولین ایمنی درون‌رگی برای درمان خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه پیوند زیر شما را به لیستی از داروهای Part B که ممکن است تحت درمان مرحله‌ای قرار گیرند، هدایت می‌کند: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/step-therapy-part-b-drugs.html. همچنین بعضی از واکسن‌های تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare Part B و Part D خودمان را پوشش می‌دهیم. **فصل 5**، بخش A، صفحه 138 از *کتابچه راهنمای اعضا* مزایای داروهای تجویزی سرپایی ما را توضیح می‌دهد. این بخش مقرراتی که باید برای پوشش داروهای تجویزی پیروی کنید را توصیف می‌کند. **فصل 6**، بخش C2، صفحه 159 از *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که برای داروهای سرپایی خود از طریق طرح ما چه مقدار باید پرداخت کنید. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	

	مراقبت در مرکز پرستاری مرکز پرستاری (NF) محلی است که برای اشخاصی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند، مراقبت ارائه می‌دهد. خدماتی که هزینه آنها را پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر ولی به آنها محدود نمی‌شود: • اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد) • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • تنفس‌درمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه درمانی به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته کننده خون.) • خون، شامل ذخیره و تزریق • 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 وسیله هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/کارور پزشکی • وسیله پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) • معاینات شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پاپزشکی شما معمولاً خدمات مراقبتی خود را از مراکز 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. • آسایشگاه یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند). • مرکز پرستاری که همسر شما در وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	
🍎	**غربالگری و درمان چاقی برای حفظ وزن مناسب** اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر است، ما هزینه مشاوره برای کاهش وزن شما را پرداخت می‌کنیم. شما باید این مشاوره را در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آن رابا برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه کننده مراقبتهای درمانی اصلی خود صحبت کنید.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد افیونی (OTP) این طرح هزینه خدمات زیر را برای مداوای اختلال استفاده از مواد مخدر (OUD) می‌پردازد: • فعالیت‌های مصرفی • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای دارای مجوز سازمان غذا و دارو (FDA) و در صورت مصداق، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره درباره مصرف مواد • درمان انفرادی و گروهی • انجام آزمایش تشخیص مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم‌شناسی) *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
آزمایشات تشخیص و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی از قبیل پانسمان • تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی • تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره و تزریق • سایر آزمایشات تشخیص بیماری سرپایی (شامل آزمایشات پیچیده از قبیل CT،MRI، MRA، SPECT) *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید

خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی
 	
ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحت دریافت می‌کنید را می‌پردازیم؛ نظیر:
• خدمات در بخش اورژانس یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل جراحی سرپایی یا خدمات نظارتی
  ○ خدمات معاینه به پزشک شما کمک می‌کند تا بداند که آیا نیاز به بستری شدن در بیمارستان به عنوان "بستری" دارید یا خیر.
  ○ گاهی اوقات می‌توانید یک شب در بیمارستان باشید و همچنان "سرپایی" محسوب شوید.
  ○ اطلاعات بیشتر در مورد بستری یا سرپایی بودن را می‌توانید در این برگه اطلاعات بیابید: www.medicare.gov/media/11101
• صورتحساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش‌های تشخیصی
• مراقبت سلامت روان شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری در صورتیکه پزشک تأیید کند که مداوا به صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود.
• صورتحساب بیمارستان برای پرتوبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی
• لوازم پزشکی از قبیل تخته شکسته بندی و گچ گیری
• معاینات تشخیصی و خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا فهرست شده‌اند
• برخی داروهایی که نمی‌توانید مصرف کنید
تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.
	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت سلامت روان به صورت سرپایی ما هزینه خدمات بهداشت روان ارائه شده توسط مراجع زیر را پرداخت می‌کنیم: • روانپزشک یا پزشکی که جواز ایالتی دارد • روانشناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • متخصص پرستاری بالینی • پرستار مجاز • دستیار پزشک • هر متخصص مراقبت سلامت روان مجاز Medicare دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • خدمات درمانگاه • مداوا در طول روز • خدمات توانبخشی روان شناسی • بستری جزئی یا برنامه‌های سرپایی فشرده • ارزیابی و درمان سلامت روان به طور فردی و گروهی • آزمایش روان شناسی وقتی برای ارزیابی نتیجه سلامت روان بالینی ایجاب نماید • خدمات بیماران سرپایی برای منظورات نظارت بر درمان دارویی • آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل‌های بیماران سرپایی • مشاوره روانپزشکی *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات توانبخشی بیماران سرپایی ما هزینه فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کنیم. شما می توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
خدمات اعتیاد بیماران سرپایی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل • درمان سوء استفاده 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 موادمخدر در مرکز درمانی ویژه بیماران سرپایی • مداوا به صورت پیوسته رهش با نالترکسون (vivitrol) *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
جراحی سرپایی ما هزینه جراحی و خدمات سرپایی در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می‌کنیم. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
داروهای بدون نسخه (OTC) طرح ما هر سه ماه یک مزیت $260 ی را برای خرید اقلام بدون نسخه مورد تأیید طرح از طریق CVS فراهم می کند. شما می توانید اقلام OTC واجد شرایط را از کاتالوگ از طریق تلفن، آنلاین یا از محل های خرده فروشی مشارکت کننده CVS با کارت شناسایی عضو طرح خود خریداری کنید. شما می توانید از طریق کاتالوگ از www.cvs.com/otchs/healthnet به صورت آنلاین سفارش دهید یا تلفنی از طریق تماس با (TTY: 711) 1-866-528-4679، و ما اقلام شما را بدون هزینه اضافی درب منزل تحویل می دهیم. لطفاً توجه داشته باشید، کاتالوگ OTC ممکن است هر سال تغییر کند. حتماً کاتالوگ فعلی را مرور کنید تا ببینید چه اقلامی جدید هستند و هر گونه تغییر در اقلام مربوط به سال گذشته را شناسایی کنید. محدودیت سفارش پستی در هر سه ماه وجود دارد. هیچ محدودیتی برای خرید در داخل فروشگاه، تا سقف مجاز در مکان‌های مشارکت‌کننده وجود ندارد. محدودیت‌های اضافی ممکن است برای تعداد اقلام خاص در هر سه ماه، که در کاتالوگ ذکر شده است اعمال شود. توجه: تحت شرایط خاص، تجهیزات تشخیصی (مانند تجهیزات تشخیصی فشار خون، کلسترول، دیابت، غربالگری کولورکتال و HIV) و کمک‌های ترک سیگار تحت پوشش مزایای پزشکی این طرح هستند. برای دریافت اقلام و تجهیزات ذکر شده در بالا، باید (در صورت امکان) به جای هزینه کردن از کمک هزینه دلاری OTC از مزایای دیگر طرح ما استفاده کنید.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات بستری شدن ناکامل بستری شدن ناکامل یک برنامه ساختاریافته درمان روانپزشکی فعال است. این برنامه به عنوان خدمات بیماران سرپایی بیمارستان یا توسط مرکز سلامت روان جامعه محلی عرضه می‌شود. محتوای این برنامه از مراقبتی که در مطب پزشک یا روانپزشک خود دریافت می‌کنید عمق بیشتری دارد. این برنامه می‌تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید. **توجه:** از آنجایی که هیچ مرکز بهداشت روان محلی در شبکه ما وجود ندارد، ما بستری جزئی را فقط به عنوان خدمات سرپایی بیمارستان پوشش می‌دهیم. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

	خدمات پزشک/ارائه‌کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک
	
	ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:
	• خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل هایی از این قبیل ارائه می‌شوند:
	  ○ مطب پزشک
	  ○ مرکز جراحی سرپایی مجاز
	  ○ بخش بیماران سرپایی بیمارستان
	• مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص
	• معاینات شنوایی و توازن اولیه که توسط *ارائه دهنده مراقبتهای بهداشتی اولیه* شما ارائه می‌شود، در صورتیکه پزشک شما توصیه کرده باشد این ارزیابی‌ها انجام شود تا مشخص شود که آیا به درمان نیاز هست یا خیر
	
	ادامه این مزایا در صفحه بعد
		$0

	خدمات پزشک/خدمات‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه) • برخی از خدمات سلامت از راه دور شامل خدمات مورد نیاز فوری، خدمات مراقبت در منزل، پزشک مراقبت‌های اولیه، کار درمانی، متخصص، جلسات فردی سلامت روان، خدمات پاپزشکی، سایر متخصصان مراقبت درمانی، جلسات فردی برای روانپزشکی، فیزیوتراپی و آسیب شناسی گفتار و زبان، جلسات فردی برای سوء مصرف مواد سرپایی، و آموزش خود مدیریتی بر دیابت هستند. ○ شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا از راه دور دریافت کنید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات مشاوره را از طریق تلفنی دریافت کنید، باید از یکی از ارائه کنندگان خدمات عضو شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش تلفنی ارائه می دهد. • طرح ما 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، دسترسی مجازی به پزشکان دارای مجوز بورد از طریق Teladoc را برای کمک به رسیدگی به طیف گسترده ای از نگرانی ها/سؤالات بهداشتی ارائه می دهد. خدمات تحت پوشش شامل پزشکی عمومی، سلامت رفتاری، پوست و غیره است. ویزیت مجازی (که با عنوان مشاوره از راه دور نیز شناخته می شود) ملاقات با پزشک از طریق تلفن یا اینترنت با استفاده از تلفن هوشمند، تبلت یا رایانه است. برخی از انواع ویزیت ها ممکن است به اینترنت و یک دستگاه مجهز به دوربین نیاز داشته باشند. برای اطلاعات بیشتر یا تعیین قرار ملاقات، با Teladoc به شماره (TTY: 711) 1-800-835-2362 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. • برخی از خدمات سلامت از راه دور عبارتند از مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک یا متخصص برای بیماران در برخی مناطق روستایی یا سایر مکان‌های مورد تأیید Medicare **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

	خدمات پزشک/خدمات‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه)
	• خدمات سلامت از راه دور برای بازدیدهای ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی، یا در خانه
	• خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم یک حمله قلبی
	• خدمات Telehealth برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روانی همزمان
	• خدمات درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر:
	  ○ شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید
	  ○ در حین دریافت این خدمات از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید
	  ○ در شرایط خاص می‌توان در موارد فوق استثنا قائل شد
	• خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط ارائه می‌شود.
	• پذیرش مجازی (مثلا از طریق تلفن یا گفتگوی ویدیویی) با پزشک برای 5 تا 10 دقیقه، **اگر**
	  ○ بیمار جدید نباشید **و**
	  ○ پذیرش با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد **و**
	  ○ پذیرش به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود
	• ارزیابی ویدیو و/یا تصاویر ارسالی شما برای پزشک و توضیح و پیگیری از سوی پزشک تا 24 ساعت طول می‌کشد، اگر
	  ○ بیمار جدید نباشید **و**
	
	ادامه این مزایا در صفحه بعد	

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات پزشک/خدمات‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه) ○ ارزیابی با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد **و** ○ ارزیابی به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود • مشورت پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا دستگاه ضبط الکترونیک سلامتی، اگر بیمار جدید نباشید • نظر ثانویه توسط یک ارائه‌کننده دیگرِ شبکه قبل از انجام عمل • مراقبت غیر روتین دندانپزشکی. خدمات تحت پوشش به موارد زیر محدود می‌شوند: ○ جراحی آرواره یا ساختارهای مربوطه ○ جا انداختن شکستگی آرواره یا استخوان‌های صورت ○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ○ خدمات تحت پوشش در صورتیکه توسط پزشک ارائه شوند *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات پاپزشکی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • 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 روی پا تأثیر می‌گذارند، از قبیل دیابت مراقبت های بیشتر برای مراقبت معمول پا محدود به 12 ویزیت در سال است *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0
	معاینات تشخیص سرطان پروستات برای مردان به سن 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را برای یکبار در هر 12 ماه پرداخت می‌کنیم: • معاینه انگشتی راست روده • آزمایش آنتی‌ژن ویژه پروستات (PSA)	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
دستگاه‌های پروتز و لوازم مربوطه پروتز جایگزین همه یا بخشی از قسمت‌ها یا عملکرد یک اندام می‌شود. ما هزینه پروتزهای زیر و نیز برخی از مواردی که در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم: • کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی • تغذیه با لوله و وریدی، شامل کیت‌های تأمین غذا، پمپ، لوله و آداپتور تزریق، محلول‌ها و منابع برای تزریق توسط خود • ضربان ساز • اتل • کفش پروتزی • بازو و پای مصنوعی • پروتز سینه (شامل سینه بند بعد از جراحی پستان برداری) • پروتز برای جایگزینی تمام یا قسمتی از قسمت خارجی بدن که در نتیجه بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است. • کرم و پوشک بی‌اختیاری ادرار و مدفوع ما هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه تعمیر و یا تعویض دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم. ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای جزئیات به "مراقبت بینایی" در ادامه این نمودار مراجعه کنید. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	خدمات توانبخشی ریوی ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضایی که بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند، پرداخت می‌کنیم. شما باید یک ارجاع برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه کننده معالج COPD داشته باشید. ما هزینه خدمات تنفسی را برای بیمارانی که به ونتیلاتور وابسته هستند پرداخت خواهیم کرد. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0
	معاینه تشخیصی و مشاوره برای عفونت‌های منتقله آمیزشی (STI) ما هزینه غربالگری کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هپاتیت B را پرداخت خواهیم کرد. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برخی اشخاصی که در معرض خطر بیشتر STI قرار دارند تحت پوشش می‌باشند. ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه باید دستور آزمایش‌ها را بدهد. ما هزینه این آزمایشات را هر 12 ماه یا در زمان‌های خاص در طول بارداری پوشش می‌دهیم. ما همچنین هر سال حداکثر دو جلسه حضوری مشاوره رفتاری فشرده را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر ابتلا به STIs هستند، می‌پردازیم. هر جلسه ممکن است 20 تا 30 دقیقه طول بکشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به عنوان یک خدمات پیشگیرانه فقط در صورتی پرداخت می‌کنیم که توسط ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه ارائه شود. این جلسات باید در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اولیه از قبیل مطب پزشک باشند.	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند: • اتاق نیمه‌خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می‌کنید، شامل موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند از قبیل عوامل لختگی خون • خون، شامل ذخیره و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که در مراکز پرستاری داده می‌شوند • تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • وسیله هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه‌کننده شما معمولاً خدمات مراقبتی خود را از مراکز 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. • آسایشگاه یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند) • مرکز پرستاری که همسر شما وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET) ما هزینه SET را برای اعضایی پرداخت می‌کند که بیماری سرخرگ محیطی (PAD) علامت‌دار دارند و از طرف پزشک معالج PAD برای درمان PAD معرفی‌نامه دارند. طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: • تا 36 جلسه در مدت زمان 12 هفته در صورتی که همه پیش‌نیازهای SET را داشته باشید • تعداد 36 جلسه اضافی دیگر به مرور زمان اگر ارائه‌کننده خدمات مراقبت درمانی آن را از نظر پزشکی ضروری بداند برنامه تنظیم شده باید: • حاوی جلسه های 30 تا 60 دقیقه ای برنامه ورزش درمانی برای PAD برای اعضایی باشد که به خاطر جریان خون نامناسب دچار مشکل "لنگیدن" (claudication) هستند • این برنامه در مرکز بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود • درمان توسط پرسنل مورد تأیید انجام شود و اطمینان حاصل شود که مزایای این کار بیشتر از ضرر آن برای بیمار است، همچنین این افراد باید در زمینه ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده باشند • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک یا پرستار/متخصص پرستاری کلینیک باشد که برای روش‌های احیای اولیه و پیشرفته آموزش دیده باشند *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	حمل و نقل: حمل نقل پزشکی در مواقع غیراضطراری این مزیت Medi-Cal هزینه رفت و برگشتی را پوشش می‌دهد که مقرون به صرفه تر و قابل دسترس تر باشد. این موارد عبارتند از: خدمات حمل و نقل پزشکی با آمبولانس، ون برانکارد، ون جابجایی صندلی چرخدار و هماهنگی برای حمل و نقل نیمه‌عمومی. زمانی این نوع حمل‌ونقل اجازه داده می‌شود که: • وضعیت پزشکی و/یا جسمانی شما امکان مسافرت با اتوبوس، ماشین‌سواری، تاکسی یا روش دیگر حمل‌ونقل عمومی یا خصوصی را نمی‌دهد، **و** *بسته به خدمات ممکن است نیاز به اخذ مجوز قبلی باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
خدمات حمل و نقل (علاوه بر خدمات معمول) طرح Medicare ما حمل و نقل زمینی غیر اورژانسی را برای 48 سفر یکطرفه در منطقه خدمات ما نیز پوشش می‌دهد. این مزایا برای کمک به شما در دریافت مراقبت‌ها و خدمات ضروری پزشکی در دسترس است. سفرها محدود به موارد زیر است: 75 مایل، یک طرفه، مگر اینکه از قبل توسط برنامه تایید شده باشد. برای برنامه ریزی سفرهای معمولی حداقل 72 ساعت قبل، یا برای سفرهای فوری در همان زمان تماس بگیرید. مکان‌های خاصی ممکن است مستثنی شوند. برای اطلاعات بیشتر درباره مکان‌های مورد تأیید طرح، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. لطفا توجه داشته باشید: خدمات حمل و نقل ضروری پزشکی باید از یک ارائه دهنده درون شبکه دریافت شود تا تحت پوشش طرح قرار گیرد. وسایل نقلیه ممکن است چندین سرنشین را به طور همزمان حمل کنند و ممکن است در طول سفر در مکان‌هایی غیر از مقصد عضو توقف کنند. هنگام برنامه ریزی سفر خود حتماً به نیازهای خاص یا ترجیحات خود اشاره کنید. این مزایا امکان حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافربری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد. حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز، از جمله سفر به قرار ملاقات‌های دندانپزشکی و دریافت داروهای تجویزی مورد نیاز است. این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری شما نمی‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دریافت حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی، لطفاً به فصل 3، بخش F2، صفحه 58 مراجعه کنید. *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	مراقبت فوری مراقبت های فوری برای درمان موارد زیر: • مورد غیراورژانسی که به مراقبت درمانی فوری نیاز دارد، **یا** • بیماری ناگهانی، **یا** • مصدومیت، **یا** • عارضه‌ای که فوراً به مراقبت نیاز دارد. اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، باید ابتدا تلاش کنید که آن را از یک ارائه‌کننده داخل شبکه دریافت کنید. با این حال، زمانی که نمی‌توانید به یک ارائه دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید (به عنوان مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید یا در طول تعطیلات آخر هفته) می‌توانید از ارائه دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید. مراقبت فوری مورد نیاز که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت شود ممکن است تحت مزایای پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان به عنوان مورد اورژانسی محسوب شود. به مزایای مراقبت اورژانسی مراجعه کنید.	$0

	مراقبت‌های بینایی ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد: • یک معاینه چشم معمول در هر سال. • تا 100$ برای عینک (قاب و لنز) یا تا 100$ برای لنزهای تماسی هر دو سال یکبار. ما هزینه خدمات پزشک سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. برای مثال، این شامل معاینات بینایی برای رتینوپاتی دیابتی افرادی که دیابت دارند و درمان دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌شود. برای افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به گلوکوم یا آب سیاه هستند، ما هزینه یک غربالگری آب سیاه را در هر سال پرداخت می‌کنیم. اشخاص زیر در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند: • اشخاصی که تاریخچه خانوادگی آب سیاه دارند • اشخاصی که دیابت دارند • آمریکایی‌های آفریقایی تبار به سن 50 سال به بالا • آمریکایی‌های اسپانیایی‌تبار با سن 65 سال به بالا پس از هر بار جراحی آب مروارید که پزشک لنز داخل چشم شما می‌گذارد، ما هزینه یک عینک و یک جفت لنز تماسی را پرداخت می‌کنیم. اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید یک عینک پس از هر جراحی دریافت کنید. پس از جراحی دوم نمی‌توانید دو عینک بگیرید حتی اگر پس از جراحی اول عینک علاوه بر این، طرح ما خدمات بینایی تکمیلی (به عنوان مثال، خدمات بینایی معمول) زیر را پوشش می‌دهد: • 1 بار معاینه معمول چشم در هر سال. معاینه معمول چشم شامل آزمایش گلوکوم برای افرادی که در معرض خطر ابتلا به گلوکوم هستند و معاینه شبکیه برای بیماران دیابتی است. • تعداد نامحدود عینک طبی هر سال تا حداکثر مزایای 400$ در هر سال. عینک تحت پوشش شامل هر یک از موارد زیر است: ○ عینک (قاب و لنز) یا **ادامه این مزایا در صفحه بعد**	$0

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	چشم پزشکی (ادامه) ○ فقط لنز عینک یا ○ فقط فریم عینک یا ○ لنزهای تماسی به جای عینک یا ○ بروزرسانی سخت افزار بینایی **توجه:** هزینه نصب لنزهای تماسی تحت پوشش این طرح است. حداکثر مبلغ پوشش مزایای طرح $400 در هر سال برای هزینه خرده‌فروشی قاب‌ها و/یا لنزها (شامل هر نوع انتخاب لنز مانند رنگ‌ها و پوشش‌ها) اعمال می‌شود. شما مسئول هر گونه هزینه بالاتر از حداکثر مزایا برای پوشش عینک مکمل (معمول) هستید. عینک‌های تحت پوشش Medicare در حداکثر مزایای تکمیلی (یعنی معمولی) گنجانده نشده است. اعضا نمی توانند از مزایای عینک مکمل خود برای افزایش پوشش خود روی عینک های تحت پوشش Medicare استفاده کنند **توجه:** پوشش خدمات معمول بینایی یک مزیت مکمل ارائه شده توسط این طرح است. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه های این خدمات را پرداخت نمی کنند. خدمات بینایی باید از طریق شبکه بینایی طرح دریافت شده باشد. برای سؤالات در مورد چگونگی یافتن ارائه دهنده یا برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب سایت ما به آدرس زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA. *شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.* *تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.*	

	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید
	ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" ما هزینه یک بار ویزیت پیشگیرانه ("Welcome to Medicare" به Medicare خوش آمدید) را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل: • بررسی وضعیت سلامتی شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیری مورد نیاز شما (شامل معاینات تشخیص و واکسن‌ها)، **و** • ارجاع برای سایر مراقبت‌ها در صورت نیاز. **توجه:** ما تنها در طول 12 ماه اول که شما Medicare Part B را دارید هزینه ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" را پوشش می‌دهیم. وقتی وقت ویزیت می‌گیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" وقت بگیرید.	$0

E. مزایای تحت پوشش خارج از برنامه ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما آنها از طریق دستمزد در برابر خدمات Original Medicare یا Medi-Cal در دسترس هستند.

E1. خدمات گذار افراد ناتوان در California (CCT)

برنامه California Community Transitions (خدمات گذار افراد ناتوان در کالیفرنیا) (CCT) از سازمان‌های راهبر محلی استفاده می‌کند تا به ذینفعان Medi-Cal واجد شرایطی که به مدت حداقل 90 روز متوالی در مرکزی بستری بوده‌اند کمک کند به اجتماع بازگردند و به صورت ایمن در محیط اجتماع بمانند. برنامه CCT هزینه خدمات هماهنگ کردن انتقال را در دوره پیش از انتقال و تا 365 روز بعد از انتقال می‌پردازد تا به ذی‌نفعان برای بازگشت به محیط اجتماع کمک شود.

شما می‌توانید خدمات هماهنگی گذار را از هر سازمان رهبری CCT که به منطقه‌ای که در آن زندگی می‌کنید، خدمات‌رسانی می‌کند دریافت کنید. شما می‌توانید لیستی از سازمان‌های رهبرCCT و شهرستان‌هایی را که به آنها خدمات ارائه می‌دهند در وبسایت وزارت خدمات بهداشتی درمانی به آدرس زیر بیابید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال را پرداخت می‌کند. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای خدماتی که با انتقال CCT شما مرتبط نیستند

ارائه‌دهنده برای خدمات شما به ما صورتحساب می‌دهد. طرح ما هزینه خدمات ارائه شده پس از انتقال شما را پرداخت می‌کند. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

با این که شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما برای خدمات فهرست شده در نمودار مزایا در **بخش D** هزینه را پرداخت می‌کنیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

برنامه CCT داروها را پوشش **نمی‌دهد.** شما همچنان از طریق طرح ما مزایای دارویی معمول خود را دریافت می‌کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5**، بخش F، صفحه 150 *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت گذار غیر از CCT نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. مراقبت گذار غیر CCT مراقبتی است که به انتقال شما از یک سازمان یا مرکز مربوط **نمی‌شود**.

E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند؛ که شامل موارد زیر هستند اما محدود به آنها نیستند:

- معاینات اولیه، اسکن اشعه ایکس، جرمگیری و فلورایددرمانی
- ترمیم و روکش
- درمان کانال‌های ریشه دندان
- گذاشتن دندان مصنوعی، تنظیم، ترمیم و ریلاین

مزایای دندان‌پزشکی در برنامه دندان‌پزشکی Medi-Cal به صورت "هزینه در برابر خدمات" قابل ارائه است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، یا در صورت نیاز به یافتن دندانپزشکی که طرح دندانپزشکی Medi-Cal را بپذیرد، لطفا با خط خدمات مشتری به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922تماس بگیرند) . این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. علاوه بر این می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت به آدرس https://www.denti-cal.ca.gov/ مراجعه کنید.

علاوه بر برنامه "هزینه در برابر خدمات" برنامه دندانپزشکی Medi-Cal، می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق برنامه مراقبت‌های هماهنگ دندانپزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت هماهنگ دندانپزشکی در شهرستان لس‌آنجلس قابل ارائه هستند. اگر درباره برنامه‌های دندانپزشکی اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا برای تشخیص برنامه دندانپزشکی خود به راهنمایی نیاز دارید، یا می‌خواهید برنامه دندانپزشکی خود را تغییر دهید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 (شماره 1-800-430-7077 برای کاربران TTY) تماس حاصل فرمایید. این تماس رایگان است.

توجه: طرح ما خدمات دندانپزشکی بیشتری را ارائه می دهد. برای اطلاعات بیشتر به نمودار مزایا در **بخش D** مراجعه کنید.

E3. مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج

اگر ارائه‌کننده شما و متخصص و مدیر امور بیماران رو به مرگ پیش‌بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه دارای تأیید Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه‌کننده شبکه یا ارائه‌کننده خارج از شبکه باشد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد آنچه که ما برای دریافت خدمات مراقبت از آسایشگاه پرداخت می‌کنیم، به نمودار مزایا در **بخش D** مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاه بیماران لاعلاج و خدمات تحت پوشش Part A Medicare یا B که مرتبط با بیماری لاعلاج شما است

- ارائه دهنده آسایشگاه برای خدمات شما به Medicare صورتحساب می‌فرستد. Medicare هزینه خدمات آسایشگاه مربوط به تشخیص بیماری لاعلاج شما را پرداخت می‌کند. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای خدمات تحت پوشش Part A Medicare یا B که به بیماری لاعلاج شما مربوط نمی‌شوند (به استثنای مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد)

- خدمات‌دهنده، هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا B را پرداخت خواهد کرد. شما هزینه‌ای برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Part D طرح ما در طرح Medicare قرار گیرد

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5**، بخش F3، صفحه 151 از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبتی غیر از مراقبت بیماران لاعلاج نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. خدمات غیرآسایشگاهی به خدمات غیرمرتبط با بیماری لاعلاج شما اطلاق می‌شود.

F. مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود

این بخش در مورد مزایایی که توسط طرح ما حذف شده است به شما توضیح می‌دهد. مستثنی یعنی ما هزینه این مزایا را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه آن‌ها را پرداخت نخواهند کرد.

لیست زیر برخی از خدمات و مواردی را که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش ما نیستند و برخی را که تنها در برخی موارد توسط ما مستثنی شده‌اند توضیح می‌دهد.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی که در این قسمت (یا هر قسمت دیگری از *دفترچه راهنمای اعضا*) ذکر شده است را پرداخت نمی‌کنیم، مگر در شرایط خاصی که لیست شده است. حتی اگر خدمات را در یک مرکز اورژانسی دریافت کنید، طرح، هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح ما باید برای خدماتی که تحت پوشش نیست هزینه پرداخت کند، می‌توانید درخواست بررسی مجدد کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 9**، بخش E، صفحه 206 *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیتی که در نمودار مزایا توضیح داده شده است، طرح ما موارد و خدمات زیر را نیز پوشش نمی‌دهد:

- خدماتی که طبق استانداردهای Medicare و Medi-Cal "معقول و از نظر پزشکی ضروری" تلقی نمی‌شوند، مگر اینکه این خدمات را به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست کنیم.
- درمان‌های پزشکی و جراحی تجربی، اقلام و داروها، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای کسب اطلاعات در مورد مطالعات پژوهش بالینی به **فصل 3**، بخش I، صفحه 64 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. منظور از درمان و اقلام آزمایشی، آن مواردی است که مورد پذیرش عموم جامعه پزشکی نیست.
- درمان جراحی برای چاقی مرضی، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در یک بیمارستان، مگر در موارد ضروری پزشکی.
- پرستار شخصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی، مانند تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما.
- هزینه‌های اخذ شده از بستگان نزدیک شما یا اعضای خانواده‌تان.
- روال‌ها یا خدمات انتخابی یا داوطلبانه بهبود (شامل کاهش وزن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، زیبایی، ضدپیری و عملکرد ذهنی)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیبایی یا روش‌های زیبایی دیگر مگر اینکه به خاطر مصدومیت ناشی از تصادف یا برای بهبود ظاهر بخشی از بدن که شکل خوبی ندارد ضروری باشد. با این حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمان سینه دیگر را برای مطابقت با آن می‌پردازیم.
- کفش ارتوپدی، مگر اینکه کفش بخشی از ساپورت پا بوده و در هزینه ساپورت منظور شده باشد یا کفش‌هایی که برای اشخاص مبتلا به دیابت پا می‌باشند.
- وسایل حمایت‌کننده پاها، به غیر از کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای اشخاصی که به بیماری پای دیابتی مبتلا هستند.
- کراتوتومی رادیال (برش شعاعی قرنیه)، جراحی LASIK و سایر وسایل کمکی کم بینایی.
- معکوس‌سازی روال‌های عقیم‌سازی و لوازم جلوگیری از بارداری بدون نسخه.
- خدمات متخصص طب سنتی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین).

- خدمات ارائه‌شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه‌سربازان (Veterans Affairs, VA) ولی وقتی کهنه‌سرباز خدمات اورژانسی را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و تسهیم هزینه VA بیش از تسهیم هزینه برنامه ما باشد، مابه التفاوت را به کهنه‌سرباز بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان بابت مبلغ تسهیم هزینه خودتان مسئول هستید.

فصل 5: دریافت داروهای نسخه دار برای بیماری سرپایی شما

مقدمه

این بخش مقررات دریافت داروهای نسخه دار برای بیماری سرپایی شما را توصیف می کند. این‌ها داروهایی هستند که ارائه‌کننده شما برای شما سفارش می‌دهد تا از داروخانه یا توسط سفارش پستی دریافت کنید. آنها شامل داروهای تحت پوشش Part D Medicare و Medi-Cal هستند. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *دفترچه راهنمای اعضا* گنجانده شده است.

ما داروهای زیر را نیز پوشش می‌دهیم، اگرچه در این فصل مورد بحث قرار نگرفته‌اند:

- **داروهای تحت پوشش Part A Medicare.** اینها معمولاً شامل داروهایی هستند که در زمانی که در بیمارستان یا مرکز پرستاری هستید به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Part B Medicare.** اینها شامل برخی از داروهای شیمی‌درمانی، برخی از تزریقات دارویی است که در طی یک ویزیت در مطب با پزشک یا ارائه دهنده دیگر به شما داده می‌شود و همچنین داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما داده می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه داروهایی تحت پوشش Medicare بخش B هستند، به نمودار مزایا در **فصل 4**، بخش D، صفحه 75 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

ما معمولاً تا زمانی که از قوانین این بخش پیروی کنید، داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

1. شما باید از پزشک یا ارائه دهنده دیگری بخواهید که نسخه شما را بنویسد، که باید طبق قانون قابل اجرا ایالتی معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما می‌باشد. اگر ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما را برای دریافت مراقبت ارجاع دهد، می‌تواند ارائه‌کننده دیگری نیز باشد.
2. تجویزکننده شما نباید در فهرست‌های **مستثنی** یا ممنوعه Medicare باشد. فهرست‌های مستثنی یا هر فهرست مشابه Medicaid، Medicaid ایالتی، فهرست‌های مستثنی یا ممنوعه ایالتی یا هر فهرست مشابه Medicaid.
3. معمولاً برای پیچیدن نسخه خود باید از یک داروخانه داخل شبکه استفاده کنید.
4. داروهای نسخه ای شما باید در *لیست داروهای تحت پوشش* طرح ما باشند. به این فهرست مختصراً "فهرست دارویی" می‌گوییم.

- اگر دارویی در فهرست دارویی نباشد، ممکن است آن را با قید استثنا بتوانیم تحت پوشش قرار دهیم.
- به منظور کسب اطلاعات در مورد درخواست برای استثنا به فصل 9 مراجعه کنید.
- لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویزی شما به موجب استاندارد Medicare و Medi-Cal هر دو، ارزیابی خواهد شد.

5. داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته‌شده مصرف شود. بدین معنی که استفاده از دارو یا به تصویب سازمان غذا و دارو رسیده باشد یا مورد تأیید مراجع پزشکی خاصی باشد. پزشک شما ممکن است بتواند به شما در شناسایی مراجع پزشکی برای پشتیبانی در مورد مصرف درخواستی داروی تجویزی کمک کند. برای داروهای تحت پوشش Medi-Cal، این یعنی استفاده از این دارو برای حفظ حیات، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت قابل توجه، یا تسکین درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری یا جراحت، منطقی و لازم می‌باشد.

فهرست مطالب

A. پیچیدن نسخه شما 142
A1. پیچیدن نسخه شما در داروخانه شبکه 142
A2. استفاده از کارت شناسایی طرح خود هنگام تهیه نسخه 142
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید باید چه کار کنید؟ 142
A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند باید چه کار کنید 143
A5. استفاده از داروخانه تخصصی 143
A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها 143
A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها 145
A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما نیست 146
A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کرده باشید 146
B. لیست داروهای طرح ما 146
B1. داروهای لیست دارویی ما 147
B2. نحوه پیدا کردن دارو در فهرست دارویی ما 147

B3. داروهایی که در لیست دارویی ما نیستند 148
C. محدودیت های پوشش برای برخی داروها 149
D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد 150
D1. می‌توانید ذخیره موقت دریافت کنید 151
E. تغییرات پوشش برای داروهای شما 153
F. پوشش دارویی در موارد ویژه 155
F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری ماهر برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد... 155
F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت 156
F3. در یک برنامه آسایشگاه مورد تأیید Medicare 156
G. برنامه های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها 156
G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها 156
G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود 157
G3. برنامه مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر 158

A. پیچیدن نسخه شما

A1. پیچیدن نسخه شما در داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، ما هزینه نسخه را تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که از یکی از داروخانه‌های شبکه‌مان تهیه شود. داروخانه شبکه یک داروخانه است که موافقت کرده است نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما تأمین کند. شما می‌توانید به هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید.

برای یافتن یک داروخانه شبکه، می‌توانید به *فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما بازدید کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی طرح خود هنگام تهیه نسخه

برای تهیه نسخه خود، **کارت شناسایی طرح خود** را به داروخانه شبکه‌تان نشان دهید. داروخانه شبکه برای هزینه داروی تحت پوشش شما به ما صورتحساب می‌دهد .

به یاد داشته باشید، برای دسترسی به داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (BIC) نیاز دارید.

اگر هنگام تهیه نسخه، کارت شناسایی طرح یا BIC خود را همراه ندارید، از داروخانه بخواهید تا برای دریافت اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را هنگام تحویل گرفتن آن بپردازید. سپس می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود را به شما پس دهیم. **اگر نمی‌توانید هزینه دارو را بپردازید، قانون ایالتی و فدرال به داروخانه اجازه می‌دهد نسخه مورد نیاز شما را در مواقع اورژانسی برای مصرف حداقل 72 ساعت تأمین کند. فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید.** ما تا جایی که بتوانیم به شما کمک می‌کنیم.

- برای درخواست از ما جهت بازپرداخت به شما، به **فصل 7،** بخش A، صفحه 168 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای دریافت داروی نسخه به کمک نیاز دارید می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید باید چه کار کنید؟

اگر داروخانه خود را تغییر دهید و نیاز داشته باشید که داروی نسخه ای را مجددا تهیه کنید، می‌توانید از ارائه دهنده خود درخواست کنید یک نسخه جدید برای شما صادر کند، یا اگر نسخه تجدید دارو باقی مانده باشد از داروخانه بخواهید نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خودتان به کمک نیاز دارید، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند باید چه کار کنید

اگر داروخانه‌ای که استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شود، باید یک داروخانه شبکه جدید پیدا کنید.

برای یافتن یک داروخانه شبکه، می‌توانید به *فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما بازدید کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

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

- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را برای ساکنین مراکز مراقبت بلندمدت از قبیل آسایشگاه تأمین می‌کنند.
  - مراکز مراقبت بلندمدت معمولاً داروخانه‌های خودشان را دارند. اگر ساکن یک مرکز مراقبت طولانی مدت هستید، اطمینان حاصل می‌کنیم که می‌توانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
  - اگر داروخانه مرکز مراقبت طولانی‌مدت شما در شبکه ما نیست یا در دسترسی به مزایای دارویی خود در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت مشکل دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌هایی که به خدمات درمانی سرخپوستان/برنامه بهداشت شهری سرخپوستان خدمت‌رسانی می‌کنند. به غیر از موارد اضطراری، تنها بومیان آمریکایی یا بومیان آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را که توسط FDA محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهایی که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (توجه: این سناریو به ندرت اتفاق می‌افتد.)

برای یافتن یک داروخانه تخصصی، می‌توانید به *فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما بازدید کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. به طور کلی داروهای ارائه شده از طریق پست داروهایی است که شما آنها را به صورت مداوم جهت درمانی مشکل پزشکی مزمن یا بلند مدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق سرویس سفارش پستی طرح ما در دسترس **نیستند**، در فهرست دارویی ما با "NM" مشخص شده اند.

خدمات سفارش پستی برنامه ما به شما *اجازه می‌دهد* که ذخیره *داروی حداکثر 90 روز* خود را سفارش دهید. سهم بیمه‌شده برای ذخیرهٔ 90 روزه با سهم بیمه‌شده برای ذخیرهٔ یک ماهه یکسان است.

سفارش داروی نسخه ای از طریق پست

برای دریافت *فرم‌های سفارش پستی و* اطلاعات مربوط به پیچیدن نسخه از طریق پست، از وب‌سایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA بازدید کنید یا برای دریافت راهنمایی (از طریق شماره تلفن‌های مندرج در پایین این صفحه) با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

معمولاً داروی نسخه‌ای سفارش پستی ظرف 14 -10 روز به دست شما می‌رسد. اگر سفارش پستی شما به تأخیر افتاد، با مرکز خدمات اعضا (از طریق شماره تلفن‌های مندرج در پایین این صفحه) برای دریافت راهنمایی تماس بگیرید.

روند ارسال پستی دارو

روال سفارش پستی برای تهیه نسخه‌های جدید توسط شما، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از دفتر ارائه دهنده شما دریافت می‌شود و تکرار نسخه‌های سفارش پستی، متفاوت است.

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از سوی شما دریافت می‌کند

داروخانه نسخه‌های جدیدی که شما درخواست می‌کنید را به صورت خودکار تهیه و برای شما ارسال می‌کند.

2. نسخه‌های جدیدی که داروخانه مستقیماً از دفتر ارائه دهنده شما دریافت می‌کند

داروخانه به‌طور خودکار نسخه‌های جدیدی را که از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دریافت می‌کند، آماده می‌کند و تحویل می‌دهد، بدون اینکه ابتدا با شما مشورت کند، اگر:

- شما در گذشته از خدمات سفارش پستی با طرح ما استفاده کرده باشید، **یا**
- شما برای تحویل خودکار تمام نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دریافت می کنید ثبت‌نام کرده باشید. می‌توانید اکنون یا در هر زمان از طریق تماس با CVS Caremark برای تحویل خودکار همه نسخه‌های جدید درخواست کنید: با شماره (TTY: 711) 1-866-808-7471 تماس بگیرید.

اگر در گذشته از سفارش پستی استفاده کرده‌اید و نمی‌خواهید داروخانه هر نسخه جدید را به‌طور خودکار آماده و ارسال کند، از طریق تماس با CVS Caremark به شماره (TTY: 711) 1-866-808-7471 تماس بگیرید.

اگر هرگز از تحویل سفارش پستی ما استفاده نکرده‌اید و/یا تصمیم به توقف پیچیدن خودکار نسخه‌های جدید گرفته‌اید، داروخانه هر بار که نسخه جدیدی از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دریافت می‌کند با شما تماس می‌گیرد تا بفهمد آیا می‌خواهید دارو فوراً تکمیل و ارسال شود یا خیر.

- این تماس فرصتی در اختیار شما قرار می‌دهد تا اطمینان حاصل کنید که داروخانه داروی صحیح را به شما تحویل می‌دهد (از جمله دوز، مقدار و نوع آن) و، در صورت نیاز، پیش از این که دارو برای شما ارسال گردد، می‌توانید آن را به تعویق اندازید یا لغو کنید.

- حتما هربار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، به تماس پاسخ دهید تا آنها بدانند در مورد نسخه جدید چه اقدامی باید انجام دهند و از هرگونه تأخیر در ارسال پیشگیری شود.

برای انصراف از تحویل خودکار نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از دفتر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود دریافت می‌کنید، از طریق تماس با CVS Caremark به شماره 1-866-808-7471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

3. تکرار نسخه‌های سفارش پستی

برای پیچیدن مجدد نسخه های خود، می توانید در یک برنامه "پیچیدن مجدد خودکار نسخه ها" ثبت نام کنید. ما در این طرح هنگامی که سوابق نشان دهد داروهای شما در حال اتمام است، به صورت خودکار فرآیند تکرار نسخه را آغاز خواهیم کرد.

- داروخانه پیش از ارسال مقدار جدید دارو با شما تماس خواهد گرفت تا اطمینان حاصل کند که به داروهای بیشتر نیاز دارید یا خیر و در صورتی که به اندازه کافی دارو دارید یا نسخه شما تغییر کرده است، بتوانید تجدید خودکار دارو را لغو کنید.
- در صورتی که نمی‌خواهید از طرح تکرار و تجدید خودکار نسخه استفاده کنید، لطفاً حداقل 21 روز پیش از زمانی که فکر می‌کنید داروهای نسخه‌فعلی‌تان به اتمام می‌رسد با داروخانه تماس بگیرید تا سفارش بعدی شما به موقع ارسال گردد.

برای خروج از برنامه ما که به صورت خودکار نسخه‌ها را تجدید و از طریق پست ارسال می‌کند، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا یا داروخانه ارسال‌کننده تماس بگیرید: با CVS Caremark به این شماره تماس بگیرید 1-866-808-7471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

بهترین راه‌های تماس با خود را به داروخانه اطلاع دهید تا بتوانند قبل از ارسال، سفارش شما را تأیید کنند. باید هر بار پیش از سفارش، وقتی در برنامه تجدید نسخه خودکار ثبت نام می‌کنید یا در صورت تغییر اطلاعات تماس‌تان، اطلاعات تماس خود را تأیید کنید.

A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها

می‌توانید یک ذخیره بلندمدت از داروهای حفظ سلامت موجود در فهرست دارویی برنامه درمانی ما را دریافت کنید. معمولاً داروهای "حفظ سلامت" به داروهایی گفته می‌شود که برای یک عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت، به طور مرتب مصرف می‌کنید.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند تا ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت را دریافت کنید. سهم بیمه‌شده برای ذخیرهٔ 90 روزه با سهم بیمه‌شده برای ذخیرهٔ یک ماهه یکسان است. *فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه هایی* می‌باشد که می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامت را به شما بدهند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با مرکز خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

برای برخی از انواع خاص از داروها می‌توانید از خدمات پستی شبکه طرح استفاده کنید تا یک ذخیره بلندمدت از داروهای تداومی را دریافت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات سفارش پستی به بخش A6 در بالا مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما نیست

به طور کلی ما هزینه داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شود را فقط در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما در خارج منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا می‌توانید نسخه‌های خود را به عنوان عضو برنامه ما دریافت کنید.

ما هزینه داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده است را در شرایط زیر پرداخت می‌کنیم:

- شما خارج از محدوده خدمات طرح سفر کرده اید و به دارویی نیاز دارید که نمی توانید آن را در داروخانه شبکه نزدیک خود تهیه کنید.
- شما نیاز فوری به دارو دارید و هیچ داروخانه شبکه نزدیک شما باز نیست.
- اگر باید منزل خود را به واسطه سانحه فدرال یا سایر موارد اضطراری بهداشت عمومی ترک کنید.

به طور کلی ، ما در این مواقع یک عرضه یکبار مصرف تا 30 روزه را در داروخانه خارج از شبکه پوشش می دهیم.

در این شرایط لطفاً ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطمئن شوید که داروخانه شبکه ای در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کرده باشید

اگر لازم باشد داروی نسخه ای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید، معمولاً باید هزینه کامل را در هنگام دریافت دارو پرداخت کنید. می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.

اگر تمام هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرد، پرداخت کنید، ممکن است بتوانید پس از پرداخت نسخه توسط Medi-Cal Rx از داروخانه مبلغ را بازپس بگیرید. از طرف دیگر، می‌توانید از Medi-Cal Rx بخواهید با ارسال درخواست "بازپرداخت هزینه‌های پرداختی از جیب Medi-Cal (Conlan)"، هزینه را به شما بازپرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وب سایت Medi-Cal Rx بیابید: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به **فصل 7**، بخش A، صفحه 168 *دفترچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.

B. لیست داروهای طرح ما

ما *فهرستی از داروهای تحت پوشش* داریم. به این فهرست مختصراً "فهرست دارویی" می‌گوییم.

ما داروهای موجود در لیست دارویی را با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. فهرست داروها همچنین قوانینی را که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید، به شما می‌گوید.

اگر از قوانینی که در این فصل توضیح می‌دهیم پیروی کنید، معمولاً دارو را در فهرست دارویی طرح خود پوشش می‌دهیم.

B1. داروهای لیست دارویی ما

فهرست دارویی ما شامل داروهای تحت پوشش Medicare است.

اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح شما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه over-the-counter، (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273. تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

فهرست دارویی ما شامل داروهای مارک‌دار، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها است.

یک داروی مارک‌دار، دارویی است که با نسخه‌ای تحت نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. داروهای مارک‌دار که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند (به عنوان مثال داروهایی که بر پایه پروتئین هستند) محصولات بیولوژیکی نامیده می‌شوند. در فهرست دارویی ما، وقتی به "داروها" اشاره می‌کنیم، این می‌تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک حاوی ترکیبات فعال مشابه داروهای برند هستند. از آنجایی که فرآورده‌های بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن فرم ژنریک، جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شود. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای مارک‌دار یا محصولات بیولوژیکی اثر می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای مارک‌دار و برخی از محصولات بیولوژیکی، جایگزین‌های دارویی عمومی یا جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد. اگر سؤالی دارید که آیا یک داروی ژنریک یا نام تجاری نیازهای شما را برآورده می‌کند یا خیر، با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

B2. نحوه پیدا کردن دارو در فهرست دارویی ما

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی که مصرف می‌کنید در لیست دارویی ما قرار دارد یا خیر، می‌توانید:

- جدیدترین فهرست دارویی که برای شما پست کرده‌ایم را بررسی کنید.
- به وب سایت طرح ما به آدرس زیر مراجعه کنید www.wellcare.com/healthnetCA. لیست دارو در وب سایت ما همیشه به‌روزترین لیست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در فهرست دارویی ما یا درخواست کپی از فهرست، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- داروهایی که تحت پوشش Part D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) رجوع کنید

B3. داروهایی که در لیست دارویی ما نیستند

ما همه داروهای نسخه‌ای را پوشش نمی‌دهیم. برخی از داروها در فهرست دارویی ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه نمی‌دهد آن داروها را پوشش دهیم. در موارد دیگر، خودمان تصمیم گرفتیم دارویی را در فهرست دارویی خود قرار ندهیم. اگر دارویی تجویز شده است که در فهرست دارویی ما نیست، نیازهای دارویی شما همیشه به موجب خط مشی‌های پوشش طرح ما و همچنین قوانین پوشش Medicare ارزیابی می‌شود.

طرح ما برای داروهای ذکر شده در این بخش هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. این‌ها داروهای **مستثنی** هستند. اگر نسخه‌ای برای یک داروی مستثنی شده دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می‌کنید که به دلیل شرایط شما باید برای یک داروی مستثنی شده هزینه بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد استیناف‌ها به **فصل 9**، بخش G5، صفحه 230 *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. برای داروهایی که از Part D مستثنی شده اند و تحت پوشش Medi-Cal Rx هستند، می توانید تا زمانی که مجوز قبلی شما بررسی و تأیید شود، یک ذخیره 14 روزه درخواست کنید. لطفاً برای اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف‌شده:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل Part D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Part A Medicare یا Part B قبلاً پوشش می‌داده، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Part A Medicare یا Part B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای نسخه‌ای سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. برنامه ما دارویی که در خارج آمریکا و قلمرو آن خریده شده باشد را پوشش نمی‌دهد.
3. مورد مصرف دارو باید توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تایید شده باشد یا توسط مراجع پزشکی خاص به عنوان درمان بیماری شما تأیید شود. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تایید نشده باشد. این کار "استفاده خارج از برچسب" نام دارد. برنامه درمانی ما معمولاً داروهایی که برای استفاده خارج از برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.

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

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا تقویت رشد مو

- داروهای استفاده شده برای درمان جنسی یا اختلال در نعوظ از قبیل Viagra®، Cialis®، Levitra® و Caverject®
- داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می‌گوید شما باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط توسط آنها انجام دهید

C. محدودیت های پوشش برای برخی داروها

برای برخی داروهای تجویزی، قوانین خاصی نحوه و زمان پوشش آنها را محدود می‌کند. به طور کلی، قوانین ما شما را ترغیب می‌کنند که دارویی را دریافت کنید که برای وضعیت پزشکی شما ایمن و مؤثر است. هنگامی که یک داروی ایمن و کم‌هزینه به خوبی همان دارو با تقسیم هزینه بالاتر عمل می‌کند، از ارائه‌دهنده شما انتظار داریم داروی ارزان‌تر را تجویز کند.

اگر قانون خاصی برای داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه دهنده شما باید اقدامات بیشتری را برای پوشش دارو انجام دهید. برای مثال ارائه‌کننده شما ممکن است تشخیص بیماری‌تان را به ما گفته یا ابتدا نتایج آزمایش‌های خون را ارائه کند. اگر شما یا ارائه‌دهنده‌تان فکر می‌کنید که قانون ما نباید در مورد عارضه شما اعمال شود، از ما درخواست کنید استثنا قائل شویم. ما ممکن است موافقت کنیم یا موافقت نکنیم که به شما اجازه مصرف دارو را بدون انجام اقدامات اضافی بدهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9**، بخش G4، صفحه 227 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

1. محدودیت استفاده از داروی برند وقتی نوع ژنریک آن وجود دارد

معمولاً داروی ژنریک به همان اندازهٔ داروی برند مؤثر بوده و عموماً ارزان‌تر است. در اکثر موارد، در صورت وجود نوع ژنریک داروی مارک‌دار موجود، داروخانه‌های شبکه ما نوع ژنریک را به شما خواهند داد.

- در صورت وجود داروی ژنریک، معمولاً ما هزینه داروهای برند را پرداخت نمی‌کنیم.
- با این حال، اگر ارائه‌دهنده شما دلیل پزشکی را به ما گفته است که داروی ژنریک یا سایر داروهای تحت پوششی که همان بیماری را درمان می‌کنند برای شماکارساز نخواهند بود، ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.

2. دریافت اجازه قبلی از برنامه

برای بعضی از داروها، شما یا پزشک شما باید پیش از سفارش نسخه تأییدیه ما را دریافت کنید. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما داروی مورد نظر را تحت پوشش قرار ندهیم.

3. نخست امتحان یک داروی دیگر

به طور کلی، ما از شما می‌خواهیم قبل از پوشش داروهایی که هزینه بیشتری دارند، داروهای ارزان‌تری را امتحان کنید که به همان اندازه مؤثر هستند. برای مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه یکسان را مداوا می‌کنند و داروی A ارزان‌تر از داروی B است، ممکن است لازم بدانیم که شما ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما موثر **نباشد**، ما داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این حالت "درمان مرحله ی" گفته می‌شود.

4. محدودیت مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می کنیم. این محدودیت مقدار نام دارد. برای مثال، ممکن است مقدار دارویی را محدود کنیم که هر بار که نسخه خود را تجدید می‌کنید می‌توانید دریافت کنید.

جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول قوانین فوق می‌شود یا خیر، لیست دارو را بررسی کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب‌سایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA. بازدید کنید. اگر با تصمیم ما درباره پوشش یا درخواست استثنا موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش E، صفحه 206در فصل 9 مراجعه کنید.

D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد

ما سعی می‌کنیم پوشش دارویی شما برایتان مناسب باشد، اما گاهی اوقات ممکن است دارویی آنطور که شما دوست دارید پوشش داده نشود. برای مثال:

- طرح ما دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش نمی‌دهد. ممکن است این دارو در فهرست دارویی ما نباشد. ما ممکن است نسخه ژنریک دارو را پوشش دهیم، اما نسخه داروی مارک‌دار را که می‌خواهید مصرف کنید، پوشش نمی‌دهیم. دارو ممکن است جدید باشد و ما هنوز ایمنی و تأثیرپذیری آن را بررسی نکرده باشیم.
- طرح ما دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی برای پوشش دارو وجود دارد. همانطور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا تجویز کننده شما ممکن است از ما بخواهید استثنا قائل شویم.

اگر دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. می‌توانید ذخیره موقت دریافت کنید

در برخی موارد، زمانی که دارو در فهرست دارویی ما نیست یا به نحوی محدود است، می‌توانیم به شما یک مقدار موقت از دارو بدهیم. این کار به شما فرصت می‌دهد تا در مورد دریافت داروی متفاوتی با ارائه‌کننده خود صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را تحت پوشش قرار دهیم.

برای دریافت ذخیره موقت دارو، باید دو قاعده زیر در مورد شما صدق کند:

1. دارویی که مصرف می‌کنید:
   - دیگر در فهرست دارویی نیست، **یا**
   - هرگز در فهرست دارویی نبوده است، **یا**
   - حالا به نحوی محدودیت دارد.
2. باید در یکی از موقعیت‌های زیر باشید:
   - سال گذشته عضو طرح درمانی ما بودید.
     - ما هزینه ذخیره موقت داروی شما را در **طول 90 روز اول سال تقویمی** پوشش خواهیم داد.
     - این ذخیره موقت برای 30-روز در داروخانه خرده فروشی و تا 31 روز در داروخانه مراقبت طولانی مدت خواهد بود.
     - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای داروی حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
     - لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.
   - شما عضو جدید برنامه ما هستید.
     - ما ذخیره موقت داروی شما را در **90 روز اول عضویت‌تان در طرح خود** پوشش می‌دهیم.
     - این تامین موقت تا 30 روز در داروخانه خرده فروشی و تا 31 روز در داروخانه مراقبت طولانی مدت خواهد بود.
     - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای داروی حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک

داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.

- لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.

- شما بیش از 90 روز در برنامه ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می‌کنید و فوراً به یک مقدار دارو نیاز دارید.

  - ما یک ذخیره 31 روزه یا کمتر (اگر نسخه شما برای دوره کوتاه تری تجویز شده باشد) را تحت پوشش قرار می‌دهیم این ذخیره علاوه بر ذخیره موقت فوق می‌باشد.

  - اگر سطح خدمات درمانی شما تغییر کند، موقتاً داروها را ارائه می کنیم. تغییر در سطح خدمات درمانی زمانی رخ می‌دهد که از بیمارستان ترخیص شوید. همچنین زمانی که به مرکز مراقبت طولانی مدت می روید یا از آنجا جابجا می شوید.

  - اگر از یک مرکز مراقبت بلندمدت یا بیمارستان به خانه بروید و به ذخیره موقت دارو نیاز داشته باشید، ما یک ذخیره 30 روزه را تحت پوشش قرار می‌دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو انجام خواهیم داد.

  - اگر از خانه یا بیمارستان به مرکز مراقبت طولانی مدت می روید و به توزیع موقت دارو نیاز دارید، داروی 31 روز را تحت پوشش قرار می دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 31 روزه دارو انجام خواهیم داد.

  - برای درخواست ذخیره موقت دارو، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

هنگامی که یک مقدار موقت دارو دریافت می‌کنید، در اسرع وقت با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید که وقتی این مقدار تمام شد چه کاری انجام دهید. گزینه‌های انتخابی عبارتند از:

- به داروی دیگری تغییر دهید.

  طرح ما ممکن است داروی دیگری را پوشش دهد که برای شما مناسب است. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا لیستی از داروهایی را که تحت پوشش ما هستند و همان بیماری را درمان می‌کنند، درخواست کنید. این لیست می‌تواند به ارائه دهنده شما کمک کند تا داروی تحت پوششی را پیدا کند که می‌تواند برای شما مفید باشد.

یا

- درخواست استثنا کنید.

شما و ارائه‌کننده شما می‌توانید از ما برای استثنا درخواست کنید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در لیست دارویی ما نیست پوشش دهیم یا بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌کننده شما بگوید که دلیل پزشکی موجهی برای استثنا دارید، وی می‌تواند برای دریافت استثنا به شما کمک کند.

اگر دارویی که مصرف می‌کنید از لیست داروی ما برداشته شود یا محدودیتی برای سال بعد در مورد آن اعمال شود، می‌توانید پیش از سال بعد درخواست اعمال استثنا داشته باشید.

- ما تغییرات ایجاد شده در پوشش دارویی‌تان در سال بعد را به شما اطلاع خواهیم داد. از ما بخواهید که استثنا قائل شویم و برای سال آینده دارو را آنطور که می‌خواهید پوشش دهیم.
- ما ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما (یا حمایت‌نامه تجویزکننده) به درخواست اعمال استثنای شما پاسخ می‌دهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9**، بخش G4، صفحه 227 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر برای درخواست اعمال استثنا به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر با تصمیم ما در مورد پوشش یا درخواست استثنا موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش E در فصل 9 مراجعه کنید.).

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

بیشتر تغییرات در پوشش دارو در 1 ژانویه اتفاق می‌افتد، اما ممکن است در طول سال داروهایی را در فهرست دارویی خود اضافه یا حذف کنیم. همچنین ممکن است قوانین‌مان را در مورد داروها تغییر دهیم. برای مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم دریافت تأییدیه قبلی (اجازه از سوی ما قبل از اینکه بتوانید دارو را دریافت کنید) برای دارو را ضروری یا غیرضروری بدانیم.
- مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید اضافه یا تغییر دهیم (محدودیت‌های کمی).
- محدودیت‌های درمان مرحله ای (یعنی قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم باید یک دارو را امتحان کنید) دارو را برای یک دارو اضافه یا تغییر دهیم.

برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به **بخش C** مراجعه کنید.

اگر دارویی را مصرف می‌کنید که ما در **ابتدای سال** پوشش داده‌ایم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در **مابقی سال** حذف یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که به خوبی دارویی که در فهرست دارویی ما هم اکنون قرار دارد، عمل کند، **یا**
- ما تشخیص دهیم که دارو ایمن نیست، **یا**
- دارو از بازار جمع شود.

برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد اینکه زمانی که فهرست دارویی ما تغییر می‌کند، چه اتفاقی می‌افتد همیشه می‌توانید به منابع زیر رجوع کنید:

فهرست دارویی به‌روز ما را به صورت آنلاین در نشانی www.wellcare.com/healthnetCA بررسی کنید **یا**

- برای بررسی لیست داروهای فعلی ما با خدمات اعضا از طریق شماره پایین صفحه تماس بگیرید.

برخی از تغییرات در فهرست دارویی ما **ناگهانی** اتفاق می‌افتد. برای مثال:

- **ممکن است داروی ژنریک جدیدی در دسترس قرار بگیرد.** بعضی مواقع داروی ژنریک جدیدی به بازار عرضه می‌شود که تأثیر آن مشابه یک داروی برند موجود در لیست داروی ما است. در چنین مواقعی، ممکن است داروی مارک‌دار را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید ثابت می‌ماند.

  وقتی داروی ژنریک جدیدی را اضافه می‌کنیم، ممکن است داروی برند را هم در فهرست نگه داریم، اما قوانین پوشش‌دهی یا محدودیت‌های آن را تغییر دهیم.

  - ممکن است پیش از ایجاد این تغییر به شما اطلاع ندهیم ولی اطلاعات مربوط به تغییر خاصی که اعمال کرده‌ایم را برای شما ارسال خواهیم کرد.
  - شما یا ارائه‌کننده تان می‌توانید برای اعمال "استثنا" در این تغییرات درخواست دهید. ما اطلاعات مربوط به اقدامات مورد نیاز جهت درخواست استثنا را برای شما ارسال خواهیم کرد. جهت کسب اطلاعات بیشتر درخصوص استثناها به **فصل 9**، بخش G4، صفحه 227 *از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.*

- **دارو از بازار حذف شود.** اگر سازمان غذا و دارو (FDA) بگوید دارویی که مصرف می‌کنید ایمن نیست یا سازنده دارو، آن را از بازار خارج کند، ما آن را از فهرست دارویی خود حذف می‌کنیم. اگر این دارو را مصرف می‌کنید، به شما اطلاع خواهیم داد. با پزشک خود درباره سایر گزینه‌ها صحبت کنید.

ممکن است تغییرات دیگری اعمال کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در فهرست دارویی خود به شما می‌گوییم. این تغییرات ممکن است در شرایط زیر رخ دهند:

- اگر FDA دستورالعمل جدیدی ارائه کند یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی درباره آن دارو وجود داشته باشد.
- اگر داروی ژنریکی که جدیداً به بازار عرضه نشده است را اضافه کنیم **و**
  - یک داروی برند که در حال حاضر در فهرست داروی ما قرار دارد را جایگزین می‌کنیم **یا**
  - قوانین یا محدودیت‌های پوشش مربوط به داروی برند را تغییر دهیم.

هنگامی که این تغییرات اتفاق می‌افتد، ما:

- حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را در لیست دارویی خود ایجاد کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم **یا**
- یا وقتی درخواست تجدید نسخه می‌کنید، به شما اطلاع خواهیم داد و یک ذخیره 30 روزه از دارو در اختیارتان می‌گذاریم.

این به شما زمان خواهد داد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می توانند به شما در تصمیم‌گیری کمک کنند:

- آیا داروی مشابهی در لیست داروی ما وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید **یا**
- اگر باید برای این تغییرات درخواست استثنا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9**، بخش G4، صفحه 227 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

ممکن است تغییراتی در داروهایی که مصرف می‌کنید اعمال کنیم که در حال حاضر تأثیری بر شما نمی‌گذارند. برای چنین تغییراتی، اگر داروی مصرفی شما **در اوایل** سال تحت پوشش ما بوده است، معمولاً پوشش آن دارو **در طول مابقی سال** متوقف یا تغییر داده نخواهد شد.

به عنوان مثال، اگر ما دارویی که در حال حاضر مصرف می‌کنید را از لیست دارو حذف کنیم یا اگر استفاده آن را محدود کنیم، این تغییر بر استفاده شما از دارو در ادامه سال تأثیری نمی‌گذارد.

F. پوشش دارویی در موارد ویژه

F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری ماهر برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد

اگر برای اقامتی که طرح ما آن را پوشش می‌دهد در بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر بستری می‌شوید، ما به طور کلی هزینه داروهای تجویزی شما را در طول اقامت‌تان پوشش می‌دهیم. پرداخت مشترکی نخواهید پرداخت. هنگامی که شما بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر را ترک کردید، تا زمانی که داروها همه قوانین پوشش ما را دارا باشند، داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت

معمولاً یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت، مانند خانه سالمندان، داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه‌ای دارد که برای همه ساکنانش دارو ارائه می‌کند. اگر در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت زندگی می‌کنید، در صورتی که بخشی از شبکه ما باشد، می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را از طریق داروخانه آن مرکز دریافت کنید.

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

F3. در یک برنامه آسایشگاه مورد تأیید Medicare

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند.

- ممکن است در یک آسایشگاه Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروی درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه شما اعلان دریافت کند که دارو مرتبط نیست.
- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده آسایشگاه یا تجویزکننده خود درخواست کنید تا قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه‌تان را ارائه دهد، مطمئن شوید که ما اخطار مربوط به نامرتبط بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.

اگر آسایشگاه را ترک کنید، طرح ما کلیه داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه هنگام خاتمه مزایای آسایشگاه Medicare، اسناد را به داروخانه ببرید تا تأیید شود که آسایشگاه را ترک کرده‌اید.

به بخش‌های قبلی این فصل که در مورد داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد، است اشاره کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه به **فصل 4**، بخش D، صفحه 77 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G. برنامه های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها

هربار که تجویزی را دریافت می‌کنید، ما به مشکلات احتمالی توجه می‌کنیم، از قبیل:

- ممکن است به آنها نیاز نباشد زیرا داروی دیگری مصرف می‌کنید که همان کار را انجام می‌دهد

- داروهایی که ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- داروهایی که ممکن است در صورت مصرف همزمان برای شما مضر باشند
- داروهایی که حاوی موادی هستند که شما به آن‌ها حساسیت دارید یا ممکن است حساسیت داشته باشید
- داروهایی که مقدار مواد مخدر دارویی آن‌ها در حد ناامنی است

اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای تجویزی پیدا کنیم، با ارائه‌دهنده شما برای اصلاح مشکل همکاری می‌کنیم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود

شما ممکن است برای عارضه‌های پزشکی مختلف دارو مصرف کنید و/یا در یک برنامه مدیریت دارو قرار گیرید تا به شما کمک کند از داروهای مخدر خود به طور ایمن استفاده کنید. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (MTM) باشید. این برنامه به شما و ارائه‌کننده‌تان کمک می‌کند تا مطمئن شوید داروهای شما به خوبی برای بهبود سلامت‌تان عمل می‌کنند. یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت به شما یک بررسی جامع از همه داروهای‌تان ارائه می‌دهد و با شما در مورد موارد زیر صحبت می‌کند:

- نحوه بهره‌مندی حداکثر از داروهایی که مصرف می‌کنید
- هرگونه نگرانی که دارید، از قبیل هزینه دارو و واکنش‌های دارویی
- بهترین روش مصرف داروها
- هرگونه سؤال یا مشکلاتی که در مورد داروی نسخه -دار و داروی- بدون نسخه خود دارید

سپس این موارد را به شما خواهند داد:

- یک خلاصه کتبی از این گفتگو. خلاصه، حاوی یک برنامه اقدام دارویی است که توصیه می‌کند برای بهترین استفاده از داروهای خود چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- لیست داروهای شخصی که شامل تمام داروهایی است که مصرف می‌کنید و دلیل مصرف آنها.
- اطلاعات در مورد دفع ایمن داروهای تجویزی که مواد کنترل شده هستند.

ایده خوبی است که قبل از ویزیت سالانه "Wellness" (تندرستی)، بررسی دارویی خود را تنظیم کنید تا بتوانید در مورد برنامه اقدامات و فهرست دارویی خود با پزشک‌تان صحبت کنید.

- برنامه اقدام و لیست دارویی‌تان را به جلسه ویزیت خود ببرید یا هر زمان که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی صحبت می‌کنید، همراه داشته باشید.

- اگر به بیمارستان یا اورژانس می‌روید، لیست داروهای خود را همراه داشته باشید.

برنامه‌های مدیریت دارودرمانی برای اعضای واجد شرایط داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که متناسب با نیاز شما باشد، شما را در برنامه ثبت‌نام می‌کنیم و اطلاعات را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در برنامه حضور داشته باشید به ما اطلاع دهید تا شما را از آن خارج کنیم.

اگر پرسشی درباره این برنامه‌ها دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر

طرح ما برنامه‌ای دارد که می‌تواند به اعضا کمک کند تا با خیال راحت از داروهای مخدر نسخه‌ای خود و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند استفاده کنند. نام این برنامه "برنامه مدیریت دارو" (DMP) است.

اگر از داروهای مخدری استفاده می‌کنید که از چندین پزشک یا داروخانه گرفته‌اید یا اگر اخیرا مصرف بیش از حد مواد مخدر داشته‌اید، ممکن است با پزشک‌تان صحبت کنیم و اطمینان حاصل کنیم که از نظر پزشکی، مصرف این مواد برای شما ضروری و مناسب است. اگر بعد از گفتگو با پزشک‌تان به این نتیجه برسیم که شما درحال سوءمصرف مخدر دارویی‌یا داروهای بنزودیازپین هستید، ممکن است نحوه دسترسی شما به این داروها را محدود کنیم. محدودیت‌ها شامل این موارد هستند:

- شما ملزم می‌شوید که کل نسخه‌های مربوط به آن داروها را از داروخانه مشخص یا از پزشکان خاصی دریافت کنید
- محدود کردن مقدار آن دسته از داروهایی که ما برای شما پوشش می‌دهیم

اگر به این نتیجه برسیم که لازم است یک یا چندین محدودیت برای شما اعمال شود، از پیش برای شما نامه ای ارسال می‌کنیم. این نامه محدودیت‌هایی که فکر می‌کنیم باید اعمال شود را توضیح خواهد داد.

شما این امکان را دارید که در مورد پزشک یا داروخانه‌ای که ترجیح می‌دهید از آن استفاده کنید و هر نوع اطلاعاتی که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است، به ما اطلاع بدهید. اگر تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها پس از فرصتی که به شما برای پاسخگویی داده شده است، محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال می‌کنیم که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوء مصرف داروهای تجویزی قرار دارید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. در صورت درخواست تجدیدنظر، ما پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم کتبی به شما می‌دهیم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مربوط به محدودیت‌های دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای یک سازمان بازبینی مستقل ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بررسی مجدد و سازمان بررسی مستقل، به **فصل 9**، بخش G6، صفحه 232 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.)

در شرایط زیر ممکن است DMP در مورد شما اعمال نشود:

- اگر وضعیت پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری کم خونی داسی شکل داشته باشید،
- اگر مراقبت بیماران لاعلاج، تسکینی یا پایان عمر دریافت می‌کنید، **یا**
- اگر در یک مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می‌کنید.

فصل 6: هزینه‌ای که برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal پرداخت می‌کنید

مقدمه

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

- داروهای Medicare تجویزی Part D، **و**
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx، **و**
- داروها و اقلام تحت پوشش طرح ما به عنوان مزایای اضافی.

به دلیل اینکه شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، "کمک اضافی" (Extra Help) از Medicare دریافت می‌کنید تا در پرداخت هزینه داروهای نسخه ای Part D Medicare به شما کمک شود. ما یک الحاقیه جداگانه برایتان می‌فرستیم، که "الحاقیه شواهد پوشش برای افرادی که کمک اضافی برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای دریافت می‌کنند نام دارد" (همچنین با نام "الحاقیه یارانه افراد کم درآمد" یا "الحاقیه LIS") نیز نامیده می‌شود، که به شما درباره پوشش دارویتان می‌گوید. اگر این الحاقیه را ندارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست "الحاقیه LIS" کنید.

> **کمک اضافی (Extra Help)** یک برنامه Medicare است که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D اعم از حق بیمه، کسورات و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین "یارانه کم‌درآمدها" یا "LIS" خوانده می‌شود.

عبارات کلیدی دیگر و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *دفترچه راهنمای اعضا* گنجانده شده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای تجویزی، می‌توانید به این محل‌ها مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش.
  - ما این فهرست را "فهرست دارویی" می‌خوانیم. این فهرست به شما می‌گوید:
    - هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
    - آیا محدودیتی در مورد داروها وجود دارد

- اگر به یک نسخه از لیست دارو نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه از فهرست دارویی ما را در وب‌سایت ما به آدرس زیر پیدا کنید www.wellcare.com/healthnetCA.
- اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح ما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه over-the-counter، (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

- **فصل 5**، بخش A، صفحه 142 *کتابچه راهنمای اعضا*.
  - نحوه دریافت داروهای نسخه ای سرپایی خود را از طریق طرح ما نشان می‌دهد.
  - این بخش شامل مقرراتی است که باید رعایت کنید. همچنین نشان می‌دهد که طرح ما کدام نوع داروهای تجویزی را پوشش نمی‌دهد.
- فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما.
  - در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند با ما همکاری کنند.
  - در *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها* لیستی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه به **فصل 5**، بخش A، صفحه 142 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. توضیح مزایا (EOB) 163
B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما 164
C. دریافت ذخیره دارویی یک ماهه یا بلند مدت برای شما هزینه‌ای ندارد..... 165
C1. دریافت ذخیره بلندمدت دارو 165
C2. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید..... 165

D. واکسیناسیون 166

D1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید..... 166

A. توضیح مزایا (EOB)

برنامه ما حساب داروهای تجویزی شما را نگه می‌دارد. ما حساب موارد زیر را نگه می‌داریم:

- **کل هزینه دارویی** شما. مبلغی است که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازند، به علاوه مقداری که ما می‌پردازیم.

هنگامی که داروهای نسخه ای را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید، ما یک خلاصه به نام *توصیف مزایای Part D* برای شما ارسال خواهیم کرد. این گزارش خلاصه زمانی ارائه می شود که شما یک یا چند نسخه را در طول ماه قبل از طریق برنامه دریافت کرده باشید. ما به اختصار به آن Part D EOB می‌گوییم. در Part D EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید ارائه شده است. Part D EOB شامل موارد زیر می‌باشد:

- **اطلاعات مربوط به ماه.** این گزارش حاوی داروهای نسخه‌ای می‌باشد که دریافت کردید. این گزارش کل هزینه‌های دارویی، مبلغی که پرداخت کردیم و آنچه شما و دیگران برای شما پرداخت می‌کنند را نشان می‌دهد.
- **اطلاعات سال جاری تا امروز.** این مبلغ شامل کل هزینه داروهای شما و مجموع پرداخت‌ها از 1 ژانویه است.
- **اطلاعات قیمت دارو** قیمت کل دارو و درصد تغییر قیمت دارو از اولین مورد پر کردن را نشان می دهد.
- **جایگزین‌های با هزینه کمتر** در صورت وجود، آنها در خلاصه زیر داروهای فعلی شما ظاهر می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با پزشک خود صحبت کنید.

ما پوشش داروهایی که تحت Medicare نیستند را عرضه می‌کنیم.

- مبالغ پرداختی برای این داروها در مقدار کل هزینه پرداختی از جیب شما منظور نخواهد شد.
- اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه over-the-counter، (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.
- به منظور اطلاع از اینکه کدام داروها در طرح ما پوشش داده می‌شود، به لیست داروی ما مراجعه کنید.

B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما

برای نگه داشتن هزینه‌های دارویی شما و مبالغی که پرداخت می‌کنید، ما از مدارک دریافتی‌مان از شما و داروخانه‌تان استفاده می‌کنیم. شما به این صورت می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت استفاده کنید.

کارت شناسایی عضویت Wellcare by Health Net خود را هربار که تجویزی دریافت می‌کنید نشان دهید. این به ما کمک می‌کند بدانیم چه نسخه‌هایی را تهیه می‌کنید و چه مبلغی را می‌پردازید.

2. مطمئن شوید که ما اطلاعات مورد نیاز را در اختیار داریم.

کپی‌هایی از رسید داروهایی را که برای آن هزینه کرده اید به ما بدهید. شما می‌توانید از ما درخواست کنید سهم خود از مبلغ پرداختی برای دارو را به شما عودت دهیم.

در موارد زیر باید یک کپی از رسیدهای خود را به ما بدهید:

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

برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت یک دارو، به **فصل 7**، بخش A، صفحه 168 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به مبالغی که دیگران برای شما پرداخت کرده‌اند را برای ما ارسال کنید.

مبالغی که توسط برخی اشخاص و سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز جزو هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب شما محسوب می‌شوند. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه مساعدت دارویی ایدز، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شوند به حساب هزینه‌های نقدی شما گذاشته می‌شوند.

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

وقتی Part D EOB را از طریق پستی دریافت کردید، لطفاً از کامل و صحیح بودن آن اطمینان حاصل کنید. اگر فکر می‌کنید که موردی اشتباه یا ناقص است یا اگر سؤالی داشتید، با خدمات

اعضا تماس بگیرید. این Part D EOB را نگه دارید. این‌ها مدارک مهمی در مورد هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. دریافت ذخیره دارویی یک ماهه یا بلند مدت برای شما هزینه‌ای ندارد

با طرح ما، تا زمانی که قوانین طرح را دنبال کنید، هیچ هزینه ای برای داروهای تحت پوشش پرداخت نخواهید کرد.

C1. دریافت ذخیره بلندمدت دارو

برای برخی داروها، می‌توانید ذخیره بلندمدت را هنگام پیچیدن نسخه خود دریافت کنید ("ذخیره تمدیدیافته" نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلندمدت در واقع ذخیره‌ای تا حداکثر 90 روز می‌باشد. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت هزینه ای برای شما به همراه نخواهد داشت.

برای جزئیات بیشتر در مورد مکان و نحوه تهیه داروی طولانی مدت، به **فصل 5**، بخش A7، صفحه 145 از *کتابچه راهنمای اعضا* یا *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه* ما مراجعه کنید.

C2. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید

اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه over-the-counter، (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) رجوع کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

سهم شما از هزینه وقتی ذخیره یک‌ماهه یا بلندمدت داروی تجویزی تحت پوشش را از محل زیر دریافت می‌کنید:

	داروخانه شبکه ذخیره یک ماه یا حداکثر 90 روز	خدمات ارسال دارو از طریق پست توسط طرح ما ذخیره یک ماه یا حداکثر 90 روز	داروخانه مراقبت بلندمدت شبکه میزان داروی مصرفی تا حداکثر 31 روز	داروخانه خارج از شبکه ذخیره برای حداکثر 30 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. جهت جزئیات به **فصل 5**، بخش A8، صفحه 143 از *دفترچه راهنمای اعضای خود* مراجعه کنید.
تسهیم هزینه ردیف 1 **(همه داروهای Part D)**	$0	$0	$0	$0

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره این که از چه داروخانه‌هایی می‌توانید ذخیره دارویی بلند مدت داروها دریافت کنید، به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌های* طرح ما مراجعه کنید.

D. واکسیناسیون

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن می پردازید - طرح ما قسمت اعظم

واکسن های Part D را بدون هیچ هزینه ای برای شما پوشش می دهد. پوشش برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید. واکسیناسیون‌های Part D Medicare ما دو بخش دارد:

1. بخش اول پوشش هزینه **خود واکسن** است. واکسن یک داروی تجویزی است.
2. بخش دوم، پوشش هزینه **تزریق واکسن به شما** است. برای مثال، گاهی ممکن است پزشک واکسن را به شما تزریق کند.

D1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید

توصیه می‌کنیم اگر قصد واکسیناسیون دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ما می‌توانیم به شما بگوییم که چگونه طرح ما واکسیناسیون شما را پوشش می‌دهد.

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

مقدمه

در این فصل درباره نحوه و زمان ارسال صورتحساب به ما و درخواست پرداخت اطلاعاتی ارائه شده است. همچنین به شما اطلاع می‌گوید که در صورت مخالفت با تصمیم اتخاذشده، چطور درخواست تجدیدنظر تنظیم کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. درخواست از ما برای پرداخت بابت خدمات یا داروهایتان 168

B. ارسال درخواست برای پرداخت 170

C. تصمیم در مورد پوشش 171

D. درخواست تجدیدنظر 172

A. درخواست از ما برای پرداخت بابت خدمات یا داروهایتان

شما نباید برای خدمات درون شبکه یا داروها صورتحساب دریافت کنید. ارائه دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش توسط شما، برای طرح سلامت قبض صادر کنند. یک ارائه‌کنندهٔ شبکه با برنامه درمانی همکاری دارد. **اگر برای مراقبت‌های بهداشتی یا دارو قبض دریافت کردید، قبض را پرداخت نکنید و آن را برای ما ارسال کنید.** برای ارسال صورت حساب به **بخش B** مراجعه کنید.

- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً صورتحسابی بیش از سهم هزینه خود پرداخت کرده باشید، حق شماست که مبلغی را باز پس بگیرید.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما خواهیم گفت.

اگر هرگونه سؤالی دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر صورتحساب دریافت می‌کنید و نمی‌دانید با آن چکار کنید، می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی در مورد یک درخواست پرداخت که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید، در اختیار ما قرار دهید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

در اینجا چند مورد ذکر می‌شود که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورتحسابی که دریافت کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم:

1. **وقتی مراقبت اورژانسی یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید جهت جزئیات به فصل 3، بخش D4، صفحه 55 مراجعه کنید.**

از ارائه دهنده بخواهید که برای ما صورتحساب صادر کند.

- اگر مبلغ کل را هنگام دریافت مراقبت پرداخت می‌کنید، از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
- ممکن است صورت‌حسابی از ارائه‌دهنده دریافت کنید که به نظر شما به او بدهکار نیستید. صورتحساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
  - اگر باید به ارائه‌کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر قبلاً هزینه خدمات را پرداخت کرده‌اید، ما به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5**، بخش A8، صفحه 146 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

2. وقتی ارائه‌کننده شبکه برای ما صورتحساب می‌فرستد

ارائه‌کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند. هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی طرح خود را نشان دهید. صورت‌حساب نامناسب یا نادرست زمانی اتفاق می‌افتد که یک ارائه‌دهنده (مانند یک پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهم هزینه ما برای خدمات به شما صورت‌حساب می‌دهد. **اگر صورتحسابی دریافت کرده اید با خدمات اعضا تماس بگیرید. قبض را پرداخت نکنید.**

- از آنجایی که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما مسئولیتی در قبال پرداخت هیچ هزینه‌ای ندارید. ارائه‌کنندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.
- وقتی صورتحسابی از خدمات‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با آن ارائه‌کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.
- اگر قبلاً قبضی را که از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کرده‌اید، پرداخت کردید، صورت‌حساب و مدرک پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید. ما هزینه خدمات تحت پوشش شما را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. وقتی از یک داروخانه خارج از شبکه برای دریافت نسخه استفاده می‌کنید

اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده می‌کنید، هزینه نسخه خود را به طور کامل پرداخت می‌کنید.

- فقط در موارد معدودی، ما نسخه‌هایی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند پوشش می‌دهیم. وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5**، بخش A8، صفحه 146 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

4. زمانی که هزینه نسخه کامل را پرداخت می‌کنید به این دلیل که کارت شناسایی طرح خود را همراه ندارید

اگر کارت شناسایی طرح خود را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد یا اطلاعات ثبت‌نام طرح شما را جستجو کند.

- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه نسخه کامل را خودتان بپردازید یا با کارت شناسایی طرح خود به داروخانه بازگردید.
- وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید.

5. زمانی که هزینه کامل نسخه را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

ممکن است لازم باشد هزینه کامل نسخه را بپردازید زیرا دارو تحت پوشش نیست.

- ممکن است این دارو در *فهرست داروهای تحت پوشش* (فهرست دارویی) ما در وب سایت نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما درباره آن نمی‌دانید یا فکر می‌کنید برای شما اعمال نمی‌شود. اگر تصمیم به دریافت دارو دارید، ممکن است نیاز باشد هزینه را کامل بپردازید.
  - اگر برای دارو پولی نمی‌پردازید، اما فکر می‌کنید که ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش دهید (به **فصل 9** ، بخش G4، صفحه 227 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
  - اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده‌هایتان فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش سریع کنید (به **فصل 9**، بخش G4، صفحه 227 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
- وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها دریافت کنیم تا سهم خود را از هزینه دارو به شما بازپرداخت کنیم.

وقتی درخواست پرداخت را برای ما ارسال می‌کنید، آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد یا خیر. این یک "تصمیم‌گیری پوشش" نامیده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، سهم خود را از هزینه آن پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست شما برای پرداخت را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای یادگیری نحوه درخواست بررسی مجدد، به **فصل 9**، بخش G5، صفحه 230 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورتحساب و مدرک پرداختی خود را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت‌شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه‌کننده دریافت کردید. **بهتر است که یک کپی از صورتحساب و رسیدهای خود برای سوابق خود نگهداری کنید.** شما می‌توانید از هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت خود، درخواست کمک و راهنمایی کنید.

برای اطمینان از اینکه همه اطلاعات مورد نیازمان برای تصمیم‌گیری را ارائه می‌کنید، می‌توانید فرم مطالبه ما را برای ارائه درخواست پرداخت خود پر کنید.

- استفاده از این فرم الزامی نیست، ولی به ما کمک خواهد کرد که اطلاعات را سریع‌تر بررسی کنیم.
- می‌توانید نسخه‌ای از این فرم را در وب‌سایت ما (www.wellcare.com/healthnetCA) دریافت کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و این فرم را درخواست کنید.

درخواست پرداخت خود را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید مربوطه به این آدرس برای ما ارسال کنید. لطفاً یک مدرک قابل قبول درباره پرداخت پول ارائه کنید، این مدرک می‌تواند یک کپی از چک نقدشده، گزارش کارت اعتباری یا نقدی یا رسید انتقال پول باشد:

نشانی مطالبات پزشکی:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

شما باید مطالبه خود را ظرف یک سال تقویمی از تاریخ دریافت خدمات یا کالا به ما ارائه دهید.

نشانی مطالبات داروخانه:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

شما باید مطالبه خود را ظرف سه سال از تاریخ دریافت دارو به ما ارائه دهید.

C. تصمیم در مورد پوشش

هنگامی که درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، درباره پوشش دهی تصمیم اتخاذ می‌کنیم. این بدان معنی است که ما تصمیم می‌گیریم که آیا طرح ما خدمات، کالا یا داروی شما را پوشش دهد یا خیر. ما همچنین مقدار هزینه‌ای را که شما باید پرداخت کنید در صورت وجود، تعیین می‌کنیم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشتیم به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما تمام قوانین دریافت آن را رعایت کرده باشید، سهم خود را از هزینه آن پرداخت می‌کنیم. اگر از پیش هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، یک چک برای هزینه‌های پرداختی توسط

شما برایتان پست خواهیم کرد. اگر پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.

فصل 3، بخش B، صفحه 47 *از کتابچه راهنمای اعضا* قوانین مربوط به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. **فصل 5**، Part A، صفحه 142 از *کتابچه راهنمای اعضا* قوانین مربوط به پوشش داروهای نسخه‌ای Part D Medicare را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم گرفتیم سهم خود را از هزینه خدمات یا دارو پرداخت نکنیم، نامه‌ای با ذکر دلیل برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین حقوق شما را برای درخواست بررسی مجدد توضیح می‌دهد.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص تصمیمات مربوط به پوشش، به فصل 9، بخش E، صفحه 206 مراجعه کنید.

D. درخواست تجدیدنظر

اگر فکر می‌کنید که در عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه اشتباهی مرتکب شده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. این کار "درخواست تجدیدنظر" خوانده می‌شود. اگر با مبلغی که ما پرداخت می‌کنیم موافق نیستید نیز می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

فرآیند تجدیدنظر رسمی دارای مراحل و مهلت‌های زمانی دقیق است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر، به **فصل 9**، بخش E2، صفحه 207 از دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید:

- اگر می خواهید در مورد بازپرداخت هزینه خدمات درمانی درخواست تجدیدنظر کنید، به **فصل 9**، بخش E، صفحه 206 مراجعه کنید.
- اگر می خواهید برای دریافت بازپرداخت برای دارو درخواست تجدید نظر کنید، به **فصل 9** بخش G5، صفحه 230 مراجعه کنید.

فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه درمانی می‌باشد. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد 174

B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش 189

C. مسئولیت ما در حفظ اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI) 191

C1. نحوه محافظت ما از PHI شما 191

C2. حق شماست که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید 192

D. مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما 192

E. عدم امکان صدور مستقیم صورتحساب برای شما توسط ارائه‌کنندگان شبکه 194

F. حق شما برای ترک طرح ما 194

G. شما حق دارید در مورد مراقبت درمانی خود تصمیم بگیرید 194

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم گیری 194

G2. حق شماست که بگویید می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد 195

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید 196

H. حق شما است که شکایت کنید و از ما بخواهید در تصمیمات خود تجدید نظر کنیم 197

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد 197

I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه 198

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات با رفتاری شایسته و به گونه‌ای در دسترس و راحت به شما ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همهٔ زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار "درخواست دائمی" نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

  - تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
  - تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

  چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Wellcare by Health Net به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. (کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند).

لديك الحق في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نضمن تقديم **كل** الخدمات لك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. ويتوجب علينا أيضًا إخبارك عن مزايا الخطة التي نقدمها وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711 الهاتف النصي) 1-800-431-9007 أو إرسال خطاب إلى:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  ترغب Wellcare by Health Net في التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك اسم "الطلب القائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. الرجاء الاتصال بنا في حالة:

  - كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- كنت تريد تغيير اللغة أو التنسيق الذي نرسل به المواد إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء Wellcare Health Net by على الرقم (TTY: 711) الهاتف النصي) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 أبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو الإعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب الحقوق المدنية في Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 711.

Ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու Ձեր իրավունքն այնպես, որ բավարարի Ձեր կարիքները

Մենք պետք է համոզվենք, որ բոլոր ծառայությունները Ձեզ մատուցվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է Ձեզ նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

տառատեսակը, բրայլյան կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում կամ գրել՝ 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY: 711)

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզվել, որ Դուք տեղեկացված եք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի վերաբերյալ մանրամասների մասին: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Սա կոչվում է "մշտական խնդրանք": Մենք կարձանագրենք Ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

- Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
- Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, ապա խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net-ի Անդամների ծառայությունների կենտրոն՝ 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք գանագատ ներկայացնել, ապա զանգահարեք

- Medicare-ին՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- ԱՄ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម
និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវធ្វើឱ្យប្រាកដថាសេវាកម្ម **ទាំងអស់**នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកតាមរបៀបដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របតាមវប្បធម៌។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអ្នកអាចរកបានដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏ផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួយណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ ឬសរសេរទៅកាន់៖ (711 TTY:) 1-800-431-9007សេវាសមាជិកតាមលេខ

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់អំពីព័ត៌មានគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។
យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត បើសិនអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង បើសិន៖

- អ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

(អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារសុី កូរ៉េ រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាល វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេង។
អ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។

អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់អ្នក។ ○

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីឯកសាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare by Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (711 TTY:) ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31ខែមីនា ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា នោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់ៈ

- MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅ-1-800Medicare តាមរយៈលេខ ១ ១ ១

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙，而在向本計劃取得資訊時遭遇困難，因而想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights，電話是：1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal Office of Civil Rights 電話是：916-440-7370。聽障專線使用者請撥打 117。

شما حق دارید خدمات و اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه‌ی فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوییم.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همهٔ زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالبهای جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار "درخواست دائمی" نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
- تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شمارهٔ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

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

귀하의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받아볼 권리

모든 서비스가 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 귀하에게 제공될 수 있도록 해야 합니다. 당사는 또한 당사 플랜의 혜택, 귀하의 권리를 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 구하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 문의하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Wellcare by Health Net는 귀하가 자신의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 문의해 주십시오.

  - 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
  - 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

  귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 있어 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 월요일~일요일, 오전8 시~오후8 시에 통화하실 수 있습니다. 31 월3 일부터1 월10 일까지는 상담원과 통화하실 수 있습니다.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

시에 통화하실 수 8 시~오후8 일까지는 월요일~금요일, 오전30 월9 일부터1 월4 있습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 있어 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면,

- 일7 MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. 주-1-800 Medicare에 1-877-486- 시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는24 번으로 문의하시면 됩니다.2048
- 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 번으로 문의해 주십시오. 1-800-368-1019 사무국(Office for Civil Rights)에 번으로 문의해 주십시오.1-800-537-7697 TTY 사용자는
- Medi-Cal 인권 사무국(Office of Civil Rights)에 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания либо участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) напишите по адресу:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в альтернативном формате. Такой запрос называется "постоянно действующим запросом". Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

- вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
- Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.
- Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Wellcare by Health Net quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina "solicitud permanente". Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

  - Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
  - Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

  Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre

el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyakin na an **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraang naaangkop at naa-access ayon sa kultura. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na nasa plan ka namin.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan mo, tawagan ang Member Services (Mga Serbisyo sa Miyembro). Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mabibigyan ka rin ng aming plan ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na o ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) sumulat sa:

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Gustong matiyak ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong "pangmatagalang kahilingan." Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
- Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo sa mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa
1-800-431-9007 (TTY: 711) available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. Dapat 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

Quý vị có quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận các tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ hoặc viết thư cho: (711 TTY:) 1-800-431-9007 Thành Viên theo số

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin trong chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là "yêu cầu thường xuyên". Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

- Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به نشانی زیر مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.
- Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

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

اگر نمی‌توانید برای دریافت خدمات تحت پوشش وقت ملاقات به موقع بگیرید و به تشخیص پزشک‌تان دیگر نباید برای دریافت وقت ملاقات صبر کنید، می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضای Wellcare by Health Net به این شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند و می توانند به شما کمک کنند.تماس رایگان است. اگر نتوانید خدمات را ظرف مدت معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را پرداخت کنیم.

شما به عنوان عضوی از طرح ما حقوقی دارید.

- شما حق دارید که یک ارائه کننده اصلی مراقبتهای درمانی (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. خدمات‌دهنده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. می توانید اطلاعات

بیشتری در مورد اینکه چه نوع ارائه دهندگانی می‌توانند به عنوان PCP عمل کنند و نحوه انتخاب PCP را در **فصل 3**، بخش D، صفحه 50 از *کتابچه راهنمای اعضا* خود بیابید.

- برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌کنندگان شبکه یا پزشکانی که بیمار جدید قبول می‌کنند با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا در *فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها* جستجو کنید.

- زنان حق دارند بدون دریافت ارجاع نزد متخصص بیماری‌های زنان یا متخصص سلامت زنان دیگری بروند. ارجاع به معنای تأیید PCP شما برای استفاده از شخصی است که PCP شما نیست.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کنندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
  - این مورد شامل حق دریافت به موقع خدمات از طرف متخصصین است.
  - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید که خدمات اورژانسی یا مراقبت فوری را بدون تأیید قبلی دریافت کنید.
- شما حق دارید که نسخه‌هایتان را بدون معطلی طولانی از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما دریافت کنید.
- شما حق دارید از زمانی که می‌توانید به ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کنید مطلع شوید. برای آشنایی با ارائه دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** *بخش D4، صفحه 55 از کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- وقتی ابتدا عضو برنامه درمانی ما می‌شوید، در صورت احراز شرایط خاص حق دارید که ارائه‌کنندگان و مجوزهای فعلی خدمات را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1** ، *بخش F، صفحه 13 از کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی خود را بگیرید.

فصل 9، بخش E، صفحه 206 از کتابچه راهنمای اعضا به شما می‌گوید که اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروهای خود را در مدت زمان معقولی دریافت نمی‌کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید. در این فصل توضیح داده شده است که اگر درخواست شما برای پوشش دهی خدمات یا داروهای شما رد شود و شما با این تصمیم گیری موافق نباشید، باید چه اقدامی انجام دهید.

C. مسئولیت ما در حفظ اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI)

ما از اطلاعات شخصی سلامت (PHI) شما مطابق با الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که هنگام ثبت نام در طرح به ما داده اید. همچنین شامل پرونده‌های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و درمانی می‌شود.

شما حقوقی برای اطلاعات خود و کنترل نحوه استفاده از PHI خود دارید. ما اطلاعات مربوط به حقوق شما و نیز نحوه محافظت ما از حریم خصوصی PHI شما را به صورت یک اعلامیه کتبی در اختیار شما قرار می‌دهیم. این اطلاعیه "اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی" نام دارد.

اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت مجوز از هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارسال مطالبه برای خدمات حساس نیستند. یک عضو می تواند فرایند درخواست ارتباط محرمانه را به صورت کتبی به طرح سلامت یا از طریق ارسال الکترونیکی آغاز کند. درخواست ارتباطات محرمانه باید توسط بیمه‌گر سلامت ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت ارسال الکترونیک یا درخواست تلفنی یا ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست کتبی از طریق پست درجه یک اعمال شود. Wellcare by Health Net ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن تعیین‌شده جایگزین عضو یا در صورت عدم تعیین، به نام عضو در آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند. Wellcare by Health Net اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نخواهد داد. Wellcare by Health Net درخواست‌های ارتباط محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به آسانی در فرم و قالب درخواستی قابل تولید باشد، یا در مکان‌های دیگری هماهنگ می‌کند.
. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارائه نکند، معتبر خواهد بود

C1. نحوه محافظت ما از PHI شما

ما مطمئن می‌شویم که هیچ فرد غیرمجاز به سوابق شما نگاه نمی‌کند یا آن را تغییر نمی‌دهد.

غیر از موارد ذکر شده در زیر، ما PHI شما را به کسی که مراقبت‌های شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، نمی‌دهیم. اگر چنین کنیم، ابتدا باید از شما اجازه کتبی بگیریم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم گیری برای شما است می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را بگیریم. این موارد استثنا طبق قانون مجاز یا الزامی است:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم تا کیفیت مراقبت برنامه ما را بررسی کنند.
- ما باید PHI را با حکم دادگاه منتشر کنیم.

- ما باید PHI شما را به Medicare بدهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای تحقیقات یا استفاده‌های دیگر منتشر کند، طبق قوانین فدرال این کار را انجام می‌دهد. اگر اطلاعات شما را با Medi-Cal در میان بگذاریم، این کار نیز طبق قوانین فدرال و ایالتی انجام خواهد شد.

C2. حق شماست که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده‌های خود رونوشت بگیرید.
- شما حق دارید از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را به‌روزرسانی یا تصحیح کنیم. اگر از ما درخواست چنین کاری را داشته باشید، ما با همکاری ارائه دهنده خدمات مراقبت بهداشتی شما در مورد اعمال تغییرات تصمیم گیری می‌کنیم.
- شما حق دارید بدانید که آیا ما PHI شما را با دیگران به اشتراک گذاشته‌ایم یا خیر.

اگر سؤال یا نگرانی درباره حفظ حریم خصوصی PHI خود دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما

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

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما یک مترجم شفاهی در اختیار شما قرار می‌دهیم تا پاسخگوی هرگونه پرسش شما درباره طرح درمانی ما باشد. برای دریافت یک مترجم همزمان، کافیست با شماره زیر با ما تماس بگیرید: 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. این خدمات برای شما رایگان است. می‌توانیم اطلاعات را در قالب خط بریل، چاپ درشت یا فایل صوتی نیز در اختیار شما قرار دهیم. می‌توانید این کتابچه را به زبان‌های زیر نیز به طور رایگان دریافت کنید:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی

- کره‌ای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگولوگ
- ویتنامی

اگر در مورد هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید:

- اطلاعات در مورد نحوه انتخاب یا تغییر برنامه‌ها
- اطلاعات در مورد برنامه ما، از جمله:
  - اطلاعات مالی
  - اعضای طرح چگونه به ما امتیاز داده اند
  - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر اعضا
  - نحوه خروج از طرح
- اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه، از جمله:
  - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه
  - مشخصات ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
  - نحوه پرداخت هزینه ارائه دهندگان در شبکه ما
- اطلاعات در مورد خدمات و داروهای تحت پوشش و در مورد مقرراتی که باید پیروی کنید، از جمله:
  - خدمات (به **فصل‌های 3 و 4** *کتابچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید) و داروها (**به فصل‌های 5 و 6** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) که تحت پوشش طرح ما هستند.
  - محدودیت‌های موجود در پوشش و داروها
  - قوانینی که باید جهت دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا چیزی تحت پوشش نیست و چه کاری می‌توانید در مورد آن انجام دهید (به **فصل 9**، بخش D، صفحه 206 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید)، از جمله اینکه از ما بخواهید:

- توضیح کتبی در رابطه با این که چرا موردی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد
- تغییر تصمیمی که گرفته‌ایم
- پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید

E. عدم امکان صدور مستقیم صورتحساب برای شما توسط ارائه‌کنندگان شبکه

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر خدمات‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش بپردازید. همچنین اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه‌دهنده هزینه کرده است، پرداخت کنیم آن‌ها نمی‌توانند قبض را معادل کنند یا از شما هزینه دریافت کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر ارائه‌کننده شبکه تلاش کند هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چه کار کنید، به **فصل 7**، بخش A، صفحه 168 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F. حق شما برای ترک طرح ما

اگر تمایلی نداشته باشید هیچکس نمی‌تواند شما را به اجبار در این برنامه نگه دارد.

- شما از این حق برخوردار هستید تا از طریق Original Medicare یا طرح Medicare Advantage، از بیشترین خدمات درمانی برخوردار شوید.
- شما می‌توانید مزایای داروی نسخه ای Part D از Medicare را از طرح داروی نسخه ای یا طرح Medicare Advantage دیگری دریافت کنید.
- به **فصل 10**، بخش C، صفحه 257 از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید:
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید به برنامه مزیت Medicare Advantage یا طرح مزایای داروهای تجویزی بپیوندید.
  - برای اطلاع از نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک طرح ما.

G. شما حق دارید در مورد مراقبت درمانی خود تصمیم بگیرید

شما حق دریافت اطلاعات کامل از پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی‌تان کمک کنند.

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم گیری

ارائه‌کنندگان باید درباره شرایط شما و انتخاب‌های پزشکی به روشی که متوجه شوید برایتان توضیح دهند. از این حقوق برخوردار هستید:

- **از گزینه‌های خود آگاه باشید.** شما حق دارید در مورد گزینه‌های مختلف درمانی مطلع شوید.
- **از خطرات آگاه باشید.** شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. ما باید از قبل به شما بگوییم که آیا خدمات یا درمان بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی است یا خیر. شما حق دارید که مداواهای آزمایشی را قبول نکنید.
- **برای دریافت نظر ثانویه.** شما حق دارید که پیش از اتخاذ تصمیم در مورد درمان به پزشک دیگری نیز مراجعه کنید.
- **پاسخ منفی بدهید**. شما حق دارید از هرگونه درمانی امتناع کنید. این موضوع شامل ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگر می‌شود؛ حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. از این حق برخوردار هستید تا مصرف دارویی که تجویز شده است را متوقف کنید. اگر از درمان امتناع کنید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از برنامه خود حذف نمی‌کنیم. ولی اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید بر عهده شماست.
- **شما می‌توانید از ما بخواهید دلیل امتناع ارائه‌کننده از عرضهٔ خدمات را توضیح دهیم.** چنانچه ارائه دهنده ای از ارائه خدمات به شما خودداری کرد، در صورتی که عقیده دارید باید خدمات مربوطه به شما ارائه شود، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- **از ما درخواست کنید تا خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولاً تحت پوشش قرار نمی‌گیرد را پوشش دهیم.** این "تصمیم پوشش" نامیده می‌شود. در **فصل 9**،بخش E، صفحه 206 از *کتابچه راهنمای اعضا* درباره نحوه درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی از ما توضیح داده شده است.

G2. حق شماست که بگویید می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد

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

- یک فرم کتبی پر کنید و **این حق را به فرد دیگری اعطا کنید که از طرف شما در رابطه با خدمات مراقبت بهداشتی شما تصمیم گیری کند**.
- **دستورالعمل‌های کتبی را در اختیار پزشک خود** قرار دهید تا وی بتواند زمانی که شما قادر به تصمیم گیری نیستید، اقدامات لازم را انجام دهد، شامل مراقبت‌هایی که **نمی‌خواهید** آنها را دریافت کنید.

سند قانونی که می توانید برای ارائه رهنمون‌های خود از آن استفاده کنید فرم "پیش‌رهنمون" خوانده می شود. انواع مختلفی از وصیت‌نامه پزشکی وجود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونه هایی از جمله وصیت انتهای حیات و وکالت‌نامه برای مراقبت درمانی.

شما نیازی به داشتن پیش رهنمون ندارید، اما می‌توانید داشته باشید. اگر می‌خواهید از پیش رهنمون استفاده کنید، در اینجا چه کاری باید انجام دهید:

- **فرم را دریافت کنید.** می توانید فرم مربوطه را از پزشک، وکیل یا سازمان خدمات حقوقی و یا مددکار اجتماعی خود دریافت کنید. داروخانه‌ها و مطب‌های ارائه دهنده اغلب این فرمها را دارند. شما می‌توانید یک فرم رایگان آنلاین پیدا کنید و آن را دانلود کنید.
- **فرم را پر کنید و امضا کنید.** این فرم یک سند حقوقی است. بهتر است که یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP شما، در تکمیل آن به شما کمک کند.
- **نسخه‌ها را در اختیار افرادی قرار دهید که لازم است درباره آن اطلاع داشته باشند.** باید یک نسخه از این فرم را به پزشکتان بدهید. باید یک نسخه از آن را نیز به فردی بدهید که او را به عنوان تصمیم گیرنده از جانب خود انتخاب کرده اید. همچنین می‌توانید نسخه‌هایی از آن را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. یک کپی را در خانه نگه دارید.
- اگر می‌خواهید در بیمارستان بستری شوید و یک پیش‌رهنمون را امضا کرده اید، **یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.**
  - در بیمارستان از شما سؤال می‌شود که آیا پیش رهنمون را امضا کرده اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.
  - اگر فرم پیش رهنمون را امضا نکرده اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می‌شود اگر می‌خواهید آن را امضا کنید.

از این حقوق برخوردار هستید:

- پیش رهنمون خود را در پرونده پزشکی خود قرار دهید.
- هر زمان خواستید پیش رهنمون خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
- در مورد تغییرات در مورد قوانین پیش رهنمون بیشتر بدانید. Wellcare by Health Net در مورد تغییرات قانون ایالتی حداکثر 90 روز پس از تغییر به شما اطلاع خواهد داد.

داشتن یک پیش‌رهنمون به انتخاب شماست. برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید

اگر یک پیش رهنمون را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌های موجود در آن را دنبال نمی‌کند، می‌توانید شکایتی را برای دفتر محلی حقوق مدنی خود ارسال کنید.

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

شما می‌توانید از طریق شماره تلفن زیر با دفتر امور حقوق بشری تماس بگیرید:
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

H. حق شما است که شکایت کنید و از ما بخواهید در تصمیمات خود تجدید نظر کنیم

فصل 9، بخش D، صفحه 206 *از کتابچه راهنمای اعضا* به شما می‌گوید که در صورت داشتن هر گونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود چه کاری می‌توانید انجام دهید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما درخواست کنید تا درباره پوشش‌دهی تصمیم‌گیری کنیم، برای تغییر در تصمیم‌گیری مربوط به پوشش درخواست تجدیدنظر کنید یا این که شکایتی ارائه کنید.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات مربوط به درخواست‌های تجدید نظر و شکایات سایر اعضا نسبت به طرح ما را در اختیار داشته باشید. برای دریافت این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد

اگر فکر می‌کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم - و این در مورد تبعیض به دلایل ذکر شده در **فصل 11** از کتابچه راهنمای اعضا شما **نیست** - یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با شماره زیر تماس داشته باشید:

- با خدمات اعضای در 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.
- همچنین می‌توانید با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) از طریق شماره 1-213-383-213 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به **فصل 2** بخش E، صفحه 31 مراجعه کنید.
- برنامه Ombuds به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2**، بخش I، صفحه 33 ***از کتابچه راهنمای اعضای*** خود مراجعه کنید.
- به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید "Medicare Rights & Protections" (حقوق و محافظت‌های Medicare) که در وب‌سایت Medicare به نشانی

www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf موجود است را مطالعه یا دانلود کنید.)

I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو برنامه

شما به عنوان یک عضو از طرح، مسئول هستید که موارد زیر را انجام دهید. اگر سؤالی دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ***کتابچه راهنمای اعضا* را مطالعه** و درباره آنچه تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرد و قوانین مربوط به دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش اطلاعاتی کسب کنید. برای اطلاع درباره:
  - خدمات تحت پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این فصل‌ها موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند، مقرراتی که لازم است تبعیت کنید و مبلغی که پرداخت می‌کنید را برای شما توضیح می‌دهند.
  - داروهای تحت پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش درمانی یا داروی نسخه‌دار دیگری که دارید را به اطلاع** ما برسانید. ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما از تمام گزینه‌های پوشش دهی خود در زمان دریافت خدمات مراقبت درمانی استفاده می‌کنید. اگر پوشش‌های دیگری دارید لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی اطلاع دهید** که در طرح ما عضو هستید. هنگامی که خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- **به پزشکان خود و سایر** خدمات‌دهندگان مراقبت درمانی کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.
  - اطلاعات مورد نیاز آن‌ها درباره خود و وضعیت سلامت خود را در اختیارشان قرار دهید. تا آنجا که ممکن است با مشکلات درمانی خود آشنا شوید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی مورد توافق شما و ارائه‌کنندگان خود را رعایت کنید.
  - مطمئن شوید که پزشکان و سایر ارائه دهندگان، ازکلیه داروهای مصرفی شما اطلاع داشته باشند. این موضوع شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
  - هر سؤالی را که دارید بپرسید. پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان باید موضوعات را به صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سؤالی کردید و پاسخ آن را متوجه نشدید، مجدداً پرسش خود را مطرح کنید.

- **با هماهنگ کننده مراقبت خود کار کنید** از جمله پر کردن ارزیابی سالانه سنجش سلامتی.
- **ملاحظه‌گر باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضا به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که شما در مطب پزشک، بیمارستان و سایر مراکز ارائه دهنده خدمات، رفتاری محترمانه داشته باشید.
- **در مورد خدماتی که خارج از طرح ما دریافت می‌کنید به ما بگویید.**
- **بدهی خود را پرداخت کنید.** شما به عنوان عضو برنامه، مسئول پرداخت این هزینه‌ها هستید:
  - حق بیمه‌های Medicare Part A و Medicare Part B. برای اکثر اعضای طرح، Medi-Cal حق بیمه Part A و حق بیمه Part B شما را پرداخت می‌کند.
  - **اگر نقل مکان می‌کنید به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل مکان دارید، فوراً به ما بگویید. با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.
  - **اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در این طرح بمانید.** فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1،** بخش D، صفحه 12 *کتابچه راهنمای اعضا* به شما در مورد منطقه خدمات ما می‌گوید.
  - ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا به خارج از منطقه خدمات دهی ما نقل مکان می‌کنید یا خیر. در طول دوره عضویت ویژه، می‌توانید به Original Medicare تغییر داده یا در برنامه درمانی یا داروی تجویزی Medicare در محل جدید خود عضو شوید. ما می‌توانیم به شما اطلاع دهیم که آیا در منطقه جدید شما طرحی داریم یا خیر.
  - هنگام نقل مکان، آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal بگویید. برای شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal به **فصل 2،** بخش G، صفحه 33 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - **اگر به محلی واقع در منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، همچنان باید به ما اطلاع دهید.** لازم است که سابقه عضویت شما را به‌روز نگه داشته و بدانیم که چطور با شما تماس بگیریم.

اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما هست به ما بگویید.

اگر سؤال یا دغدغه‌ای دارید، برای دریافت راهنمایی با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

فصل 9. در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم درباره پوشش، تجدیدنظرخواهی، شکایت)

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شماست. این فصل را برای کسب اطلاعات در موارد زیر مطالعه کنید:

- در مورد برنامه خود شکایتی دارید.
- در صورت نیاز به خدمات، اقلام یا داروهایی که طرح شما می‌گوید هزینه آنها را پرداخت نمی‌کند.
- اگر با تصمیمی که طرح درباره خدمات مراقبتی شما گرفته، موافق نیستید.
- فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی سریع تمام می‌شوند.
- شما مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت‌های بلندمدت شامل خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services) یا (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (Nursing Facility) یا (NF) دارید.

این فصل به چند قسمت مختلف تقسیم شده است که به شما کمک می‌کند به راحتی اطلاعات مورد نیاز خود را پیدا کنید. **اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید.**

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های بلندمدتی که پزشک و سایر ارائه‌کنندگان شما تشخیص داده‌اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. **اگر مشکلی در رابطه با خدمات مراقبتی خود دارید، می‌توانید از طریق شماره 1-888-452-8609 با برنامه Ombuds تماس بگیرید و راهنمایی دریافت کنید.** در این فصل درباره راه‌های مختلف جهت حل مشکلات و شکایت‌های مختلف شما توضیح داده شده است اما همیشه می‌توانید از طرح Ombuds نیز جهت حل مشکل خود درخواست راهنمایی کنید. به منظور آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به نگرانی‌های شما می‌پردازند و روش‌های تماس در رابطه با آنها، به **فصل 2**، بخش I، صفحه 35 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید 203

A1. درباره اصطلاحات حقوقی 203

B. از کجا کمک بگیریم 203

B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر 203
C. درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما 205
D. مشکلات مربوط به مزایای شما 206
E. تصمیمات پوشش و تجدیدنظرها 206
E1. تصمیم در مورد پوشش 206
E2. درخواست تجدیدنظر 207
E3. کمک در رابطه با تصمیم گیری‌های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر 208
E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند 209
F. مراقبت پزشکی 209
F1. استفاده کردن از این بخش 209
F2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش 210
F3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 213
F4. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 216
F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه 222
G. داروی تجویزی Medicare Part D 224
G1. تصمیمات پوشش و تجدید نظر Part D 224
G2. استثنائات Part D 226
G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثنا از آنها مطلع باشید 226
G4. درخواست برای تصمیم پوشش شامل یک استثنا 227
G5. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 230
G6. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 232
H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان 234
H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما 234
H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 235

H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 238
H4. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین..... 238
H5. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 جایگزین..... 240
I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی..... 240
I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما 241
I2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1 241
I3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2 243
I4. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین..... 244
I5. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 جایگزین..... 245
J. مرحله بعد از سطح 2 برای تجدیدنظر شما 246
J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 246
J2. درخواست‌های تجدیدنظر بیشتر Medi-Cal..... 247
J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای Part D 248
K. نحوه ارائه شکایت 249
K1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟ 249
K2. شکایات داخلی..... 251
K3. شکایات خارجی..... 253

A. اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که شما استفاده می‌کنید بستگی به نوع مشکل شما دارد. از یک فرآیند برای **تصمیمات پوششی و درخواست تجدید نظر** و از یکی دیگر برای **شکایت** استفاده کنید که اعتراض نیز نامیده می‌شود.

برای اطمینان از انصاف و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌هایی است که ما و شما باید از آنها پیروی کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت‌ها وجود دارد. بسیاری از این عبارات حقوقی ممکن است به سختی قابل درک باشد، بنابراین ما از کلمات ساده تر به جای واژه‌های دقیق حقوقی استفاده کرده‌ایم. ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی‌کنیم.

به عنوان مثال، ممکن است بگوییم:

- "شکایت کنید" به جای اینکه "دعوی خود را مطرح کنید"
- "تصمیم درباره پوشش دهی " به جای "تصمیم سازمانی"، "معین سازی مزایا"، "تعیین ریسک" یا "معین سازی پوشش"
- "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی" به جای "تعیین تکلیف تسریع یافته"
- "سازمان بازنگری مستقل" به جای "نهاد بررسی مستقل"

آشنایی با اصطلاحات حقوقی مناسب می‌تواند به شما در برقراری ارتباطات واضح‌تر کمک کند، بنابراین این اصطلاحات را نیز توضیح می‌دهیم.

B. از کجا کمک بگیریم

B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر

بعضی مواقع آغاز یا پیگیری مراحل رسیدگی به یک مشکل ممکن است گیج کننده باشد. زمانی که احساس سلامتی نمی‌کنید یا انرژی کافی ندارید، این امر بیشتر محسوس است. برخی مواقع ممکن است دانش کافی جهت طی مراحل بعدی نداشته باشید.

دریافت راهنمایی از برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی

می توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا در زمینه برطرف کردن مشکلاتتان تصمیم گیری کنید. برنامه HICAP با ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه‌ای ندارد. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر شهرستان دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد. HICAP به شماره تلفن 1-800-434-0222 می‌باشد.

کمک از طرف اتحادیه مصرف کنندگان سلامت (Health Consumer Alliance)

می‌توانید با اتحادیه مصرف کنندگان سلامت تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهند. اتحادیه مصرف کنندگان سلامت با ما یا با هیچ شرکت بیمه ای یا طرح سلامتی مرتبط نیست. شماره تلفن آنها 1-888-804-3536 و وب سایت آنها www.healthconsumer.org است.

راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و کمک، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو راه برای دریافت کمک ازMedicare ذکر می‌شود:

- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وب سایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov) مراجعه کنید.

کمک و اطلاعات از Medi-Cal

"دفتر Ombudsman" مراقبت‌های مدیریت شده ایالتی Medi-Cal می‌تواند در مورد هر سؤالی به شما کمک کند. می توانید با شماره (TTY: 711) 1-888-452-8609 از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت PST به استثنای تعطیلات تماس بگیرید. همچنین می توانید از پزشک خود کمک بگیرید یا با شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.

برنامه Ombudsman با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های سلامت ارتباطی ندارد. آن‌ها می‌توانند شما را راهنمایی کنند که اطلاعات لازم برای استفاده از روندهای گوناگون را کسب کنید. این خدمات رایگان است.

کمک از وزارت خدمات مراقبت بهداشتی California (California Department of Health Care Services)

دپارتمان خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا Medi-Cal Managed Care Ombudsman (DHCS) می‌تواند کمک کند. آنها می‌توانند در زمینه مشکلات مربوط به عضویت، تغییر، یا ترک برنامه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کمک کنند. اگر نقل مکان کرده اید و با انتقال Medi-Cal خود به شهرستان جدید مشکل دارید هم می‌توانند کمکتان کنند. شما می‌توانید از روز دوشنبه تا جمعه با Ombudsman، بین 8:00 صبح و 5:00 عصر از طریق شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

دریافت کمک از سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده California (California Department of Managed Health Care)

برای کمک رایگان با بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده California تماس بگیرید. DMHC برای کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی مسئول است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می توانند از خط TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند.

اداره خدمات درمانی مدیریت شده

سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شدهٔ California مسئولیت کنترل و نظارت بر برنامه‌های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. (Wellcare by Health Net یک طرح خدمات مراقبت بهداشتی است.)

اگر از Wellcare by Health Net شکایتی دارید، ابتدا باید با برنامه Wellcare by Health Net از طریق این شماره تلفن تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) و قبل از تماس با اداره، از فرآیند شکایت ما استفاده کنید. استفاده از این فرآیند درخواست دادرسی به این معنی نیست که از حقوق قانونی احتمالی یا درمان‌هایی که ممکن است در اختیار شما قرار بگیرد محروم می‌شوید.

اگر در مورد شکایت مربوط به موارد اورژانسی، شکایتی که توسط Wellcare by Health Net به طور رضایت‌بخشی حل و فصل نشده، یا شکایتی که بیش از 30 روز بی‌نتیجه مانده است نیاز به کمک دارید، آنگاه می‌توانید برای مساعدت با اداره تماس بگیرید.

همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMRباشید، فرآیند IMR به طور بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط برنامه درمانی در خصوص ضرورت پزشکی یک خدمت یا درمان پیشنهادی، تصمیمات پوشش بیمه برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات پرداخت برای خدمات اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری را بررسی خواهد کرد. این سازمان، خط تلفن رایگان به شماره **(1-888-466-2219)** و خط **TDD** به شماره **(1-877-688-9891)** برای افراد مبتلا به اختلال شنوایی و گفتاری دارد. وب‌سایت اینترنتی دپارتمان http://www.dmhc.ca.gov فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌ها را به صورت آنلاین ارائه می‌دهد.

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

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل برای **تمام** مزایای Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شود. این گاهی اوقات "فرایند یکپارچه" نامیده می‌شود زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را 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**، صفحه 216 این موقعیت ها را توضیح می دهد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

D. مشکلات مربوط به مزایای شما

اگر مشکل یا نگرانی داشتید، فقط کافی است قسمت‌هایی از این فصل که به مشکل شما مرتبط است را مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک می‌کند تا قسمت مرتبط با مشکلات یا شکایت‌های خود در این فصل را پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایا یا پوشش می‌باشد؟ از جمله مشکلات مرتبط با خدمات مراقبت پزشکی خاص، این که خدمات و پشتیبانی بلند مدت یا داروهای نسخه ای پوشش داده می‌شود یا خیر، روش پوشش دهی این موارد و مشکلات مرتبط با پرداخت هزینه خدمات درمانی پزشکی یا داروهای نسخه ای است.	
بله. مشکل من در مورد مزایا یا پوشش است. به **بخش E**، صفحه 206 "تصمیمات پوشش و تجدیدنظر" مراجعه کنید.	**خیر.** مشکل من در مورد مزایا یا پوشش نیست. به **بخش K:** "چگونه شکایت کنیم" رجوع کنید.

E. تصمیمات پوشش و تجدیدنظرها

این فرایند شامل درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح و درخواست‌های تجدیدنظر در رابطه با مشکلات مرتبط با مزایا و پوشش دهی طرح است. این روال شامل مشکلات مربوط به پرداخت هزینه نیز می‌شود.

E1. تصمیم در مورد پوشش

تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح یک تصمیم گیری درباره مزایا یا پوشش دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی، موارد مختلف یا داروهای شما است. تصمیم گیری درباره پوشش دهی به تصمیم‌هایی اطلاق می‌شود که ما درباره خدمات تحت پوشش برای شما و مبالغ پرداختی برای این خدمات اتخاذ می‌کنیم. به عنوان مثال، پزشک شبکه شما هر زمان که از او مراقبت‌های پزشکی دریافت می‌کنید یا اگر شما را به یک متخصص پزشکی ارجاع می‌دهند، تصمیم پوششی به نفع شما می‌گیرد.

شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم گیری پوشش کنید. 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 قبل از دریافت خدمات پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم پوشش بگیریم.**

در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که خدماتی یا داروهایی برای شما دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد یا دیگر تحت پوشش نباشد. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

E2. درخواست تجدیدنظر

اگر ما تصمیمی برای پوشش می‌گیریم و شما از این تصمیم راضی نیستید، می‌توانید این تصمیم را "استیناف" کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیم پوششی است که گرفته‌ایم.

هنگامی که برای اولین بار تصمیمی را تجدید نظر می‌کنید، به این درخواست تجدیدنظر سطح 1 می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم پوششی که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم که آیا همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بازبینی‌کنندگان متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

در بیشتر موارد، باید تجدیدنظر خود را از سطح 1 شروع کنید. اگر نمی‌خواهید ابتدا درخواست تجدیدنظر برای یکی از خدمات Medi-Cal بدهید، اگر مشکل سلامت شما اورژانسی است یا خطری فوری و جدی برای سلامتی‌تان دارد یا اگر درد شدیدی متحمل می‌شوید و نیاز به تصمیم فوری دارید، می‌توانید از Department of Managed Health Care (سازمان خدمات درمانی هماهنگ) (DMHC) به نشانی www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 208 مراجعه کنید.

هنگامی که بررسی را انجام دادیم، تصمیم خود را به صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل در صفحه 210 توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست سریع یا "تصمیم پوشش سریع" یا تجدیدنظر سریع درباره یک تصمیم پوشش دهید.

اگر به تمام یا بخشی از درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **نه** بگوییم، می‌توانید به درخواست تجدیدنظر سطح 2 بروید. یک سازمان بازبینی مستقل که به ما متصل نیست، درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام می‌دهد.

- در برخی شرایط، پرونده شما به طور**خودکار** برای تجدید نظر سطح 2 به سازمان بازنگری مستقل ارسال می‌شود. اگر این اتفاق افتاد به شما می‌گوییم.
- در شرایط دیگر، **باید درخواست** تجدیدنظر سطح 2 کنید.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 به **بخش F4**، صفحه 216 مراجعه کنید.

اگر از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید از سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر گذر کنید.

E3. کمک در رابطه با تصمیم گیری‌های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر

شما می‌توانید در مورد هر یک از موارد زیر کمک بخواهید:

- با **خدمات اعضا** به شماره‌های پایین صفحه.
- **برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP)** به شماره 1-800-434-0222.
- **مرکز راهنمایی در بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده** (DMHC) برای کمک رایگان. DMHC برای کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی مسئول است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می توانند از خط TDD به شماره 9891-688-877-1 استفاده کنند.
- با **پزشک خود یا سایر ارائه‌کنندگان** پزشک شما یا سایر ارائه کنندگان می توانند برای تصمیم یا تجدیدنظر پوشش از سوی شما درخواست کنند.
- **یکی از دوستان یا اعضای خانواده**. می توانید فرد دیگری را نام ببرید تا به عنوان "نماینده" از طرف شما درخواست تصمیم گیری نسبت به پوشش دهی طرح یا درخواست تجدیدنظر داشته باشد.
- **یک وکیل**. شما حق داشتن وکیل دارید، اما برای درخواست تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر، **نیازی به داشتن وکیل ندارید**.
  - می توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیلی را از بین لیست وکلای مورد تأیید یا دیگر خدمات ارجاعی انتخاب کنید. برخی گروه‌های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد.
  - یک وکیل کمک حقوقی از Health Consumer Alliance به شماره 1-888-804-3536 درخواست کنید.

اگر می‌خواهید وکیل یا شخص دیگری به عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. در این فرم به فرد اجازه داده می‌شود که از طرف شما اقدام کند.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم "انتصاب نماینده" را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا وبسایت ما به آدرس https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html *فرم را دریافت کنید.* **شما باید یک کپی از فرم امضاشده را به ما بدهید.**

E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار شرایط مختلف وجود دارد که در رابطه با تصمیم گیری درباره پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر است. هر موقعیت مقررات و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما جزئیات هر یک را در بخش جداگانه ای از این فصل بیان می‌کنیم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F**، "مراقبت‌های پزشکی"
- **بخش G**، "داروهای تجویزی Medicare Part D"
- **بخش H**، "از ما می‌خواهید بستری طولانی‌تری را در بیمارستان پوشش دهیم"
- **بخش I**، "از ما درخواست می‌کنید تا به پوشش برخی از خدمات پزشکی ادامه دهیم" (این بخش فقط برای این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری ماهر، و خدمات جامع توانبخشی سرپایی (CORF).

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. مراقبت پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا می‌خواهید هزینه مراقبت‌تان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت‌ها و خدمات پزشکی است که در **فصل 4**، بخش D، صفحه 77 از *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است. ما به طور کلی در ادامه این بخش به "پوشش مراقبت‌های پزشکی" یا "مراقبت‌های پزشکی" اشاره می‌کنیم. اصطلاح "مراقبت‌های پزشکی" شامل خدمات و اقلام پزشکی و همچنین داروهای نسخه ای بخش B از Medicare می‌شود که معمولاً داروهایی هستند که توسط پزشک یا متخصص مراقبت‌های بهداشتی شما تجویز می‌شوند. ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی نسخه‌ای بخش B اعمال شود. وقتی که اینطور است، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای نسخه ای بخش B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده کردن از این بخش

این بخش درباره اقدامات مربوط به مشکلات زیر توضیح داده است:

1. شما فکر می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی را که شما نیاز دارید پوشش می‌دهیم اما آن را دریافت نمی‌کنید.

   چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش، تصمیم بگیریم. به **بخشF2** ، صفحه 210 مراجعه کنید.

2. ما مراقبت‌های پزشکی را که پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌خواهند به شما ارائه دهند، تأیید نکردیم، و شما فکر می‌کنید که ما باید تایید کنیم.

چه کاری می‌توانید بکنید: شما می توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. به **بخش F3**، صفحه 213 مراجعه کنید.

3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده اید که فکر می‌کنید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.

چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت، درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5**، صفحه 222 مراجعه کنید.

4. اگر مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید تحت پوشش بوده است را دریافت کرده اید و هزینه آن را پرداخت کرده اید و از ما می‌خواهید که هزینه را به شما عودت دهیم.

چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. به **بخش F5**، صفحه 222 مراجعه کنید.

5. ما پوشش شما را برای یک مراقبت پزشکی خاص کاهش دادیم یا متوقف کردیم، و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

6. شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشکی پیدا کنید.

چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد تصمیم ما برای کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی درخواست تجدید نظر کنید. به **بخش F4**، صفحه 216 مراجعه کنید.

- اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مرکز مراقبت پرستاری ماهر، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF، Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش H**، صفحه 234 یا **بخشI**، صفحه 240 مراجعه کنید.
- برای سایر مواردی که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص است، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.

F2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش

> هنگامی که یک تصمیم پوشش شامل مراقبت پزشکی شما می‌شود، به آن **"تعیین تکلیف سازمانی یکپارچه"** می‌گویند.

شما، پزشک یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق موارد زیر از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم:

- تماس بگیرید با: 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.
- فکس: 1-844-273-2671.
- مکاتبه: Wellcare by Health Net
  4191 E. Commerce Way
  Sacramento, CA 95834.

تصمیم پوشش استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما می‌دهیم، از مهلت‌های "استاندارد" استفاده می‌کنیم مگر اینکه با استفاده از مهلت‌های "سریع" موافقت کنیم. یک تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما به شما پاسخ می‌دهیم در مورد یک:

- Wellcare by Health Net در عرض 5 روز کاری از زمانی که Wellcare by Health Net اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری را دریافت می کند و حداکثر 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست Wellcare by Health Net تصمیم گیری می کند.
- داروی نسخه‌ای بخش Medicare B ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

برای یک کالا یا خدمات پزشکی، اگر زمان بیشتری بخواهید یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که به نفع شما باشد (مانند سوابق پزشکی ارائه‌دهندگان خارج از شبکه) **می‌توانیم تا 14 روز تقویمی بیشتر وقت بگذاریم.** اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **در صورتیکه درخواست شما برای یک داروی نسخه ای Medicare بخش B باشد، ما نمی‌توانیم برای ارائه تصمیم به شما وقت بیشتری صرف کنیم.**

اگر فکر می‌کنید **نباید** روزهای اضافه صرف کنیم، می‌توانید درباره تصمیم ما برای صرف کردن روزهای اضافی "شکایت سریع" ارائه کنید. وقتی شکایت سریع می‌کنید، ما ظرف 24 ساعت به شما پاسخ می‌دهیم. روند شکایت با روند تصمیمات پوششی و تجدیدنظر متفاوت است. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K**، صفحه 249 مراجعه کنید.

تصمیم پوشش سریع

> **اصطلاح حقوقی** "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی" عبارت است از **"تعیین تکلیف تسریع شده"**.

هنگامی که از ما می‌خواهید درباره مراقبت‌های پزشکی خود تصمیمی برای پوشش بگیریم و سلامتی شما در گرو پاسخ سریع است، از ما بخواهید "تصمیم پوشش سریع" بگیریم. یک تصمیم پوشش سریع به این معنی است که ما به شما در مورد موارد زیر پاسخ می‌دهیم:

- خدمات یا کالای پزشکی ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.
- داروی نسخه‌ای بخش Medicare B ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

ما برای یک کالا یا خدمات پزشکی 14 روز بیشتر نمی‌توانیم وقت صرف کنیم، اگر متوجه شویم اطلاعاتی که ممکن است به نفع شما باشد وجود ندارد (مانند سوابق پزشکی ارائه‌دهندگان خارج از شبکه) یا اگر به زمان نیاز دارید تا اطلاعاتی را برای بررسی به ما به بدهید. اگر روزهای بیشتری برای تصمیم گیری وقت بگذاریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **اگر یک داروی نسخه‌ای Medicare بخش B درخواست کرده باشید، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.**

اگر فکر می‌کنید **نباید** روزهای بیشتری را برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش صرف کنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما برای گرفتن روزهای بیشتر "شکایت سریع" کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K**، صفحه 249 مراجعه کنید. به محض تصمیم گیری با شما تماس خواهیم گرفت.

برای گرفتن یک تصمیم پوشش سریع، باید دو شرط را داشته باشید:

- شما برای مراقبت‌های پزشکی که **دریافت نکرده اید**، درخواست پوشش می‌کنید. شما نمی‌توانید در مورد پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی که قبلاً دریافت کرده اید، درخواست تصمیم سریع پوشش دهید.
- استفاده از ضرب‌الاجل‌های معمول **می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند** یا به عملکرد شما آسیب برساند.

اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به طور خودکار به شما یک تصمیم پوشش سریع می‌دهیم. اگر بدون پشتیبانی پزشکتان درخواست تصمیم گیری سریع برای پوشش دهی را دارید، ما تصمیم گیری می‌کنیم که آیا تصمیم پوشش سریع دریافت می‌کنید یا خیر.

اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم گیری سریع پوشش دهی را ندارد، یک نامه برایتان ارسال می‌کنیم که این را اطلاع می‌دهد و ما از مهلت‌های زمانی معمول به جای آن استفاده می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:

- در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار به شما یک تصمیم پوشش سریع می‌دهیم.
- چطور می‌توانید یک "شکایت سریع" درخصوص تصمیم ما برای انجام تصمیم گیری پوشش معمول به جای تصمیم گیری سریع پوشش داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K**، صفحه 249 مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر بگوییم **نه**، شما حق دارید اعتراض کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر راهی رسمی است که از ما بخواهید تصمیم خود را بررسی کرده و آن را تغییر دهیم.
- اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، به سطح 1 فرآیند تجدیدنظر بروید (**به بخش F3**، صفحه 213 مراجعه کنید).

در شرایط محدود ممکن است درخواست شما برای تصمیم پوشش را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. نمونه‌هایی از زمان‌هایی که یک درخواست رد می‌شود عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا
- اگر بخواهید درخواستتان پس گرفته شود.

اگر درخواستی را برای تصمیم پوشش رد کنیم، اخطاریه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برای رد درخواست را توضیح می‌دهد. به این بررسی تجدیدنظر می‌گویند. درخواست تجدیدنظر در بخش بعدی مورد بحث قرار می‌گیرد.

F3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

جهت آغاز مرحله درخواست تجدیدنظر، شما یا پزشک شما یا یک ارائه دهنده دیگر و یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرد. با ما به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا درخواست تجدیدنظر سریع به صورت کتبی یا از طریق تماس با ما با شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگری بخواهد به ارائه خدمات یا موردی که قبلاً در طول تجدیدنظر دریافت می‌کردید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد آنها را به عنوان نماینده خود نام ببرید تا از طرف شما اقدام کنند.
- اگر شخص دیگری غیر از پزشک شما درخواست تجدید نظر را برای شما ارائه کرد، فرم انتصاب نماینده را اضافه کنید که به این شخص اجازه نمایندگی شما را می‌دهد. همچنین می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا به وبسایت ما به آدرس https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html *فرم را دریافت کنید.*

- ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را ظرف 44 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
  - ما درخواست شما را رد می‌کنیم و
  - یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما را برای درخواست از سازمان بازنگری مستقل جهت تجدیدنظر تصمیم ما برای رد درخواست تجدید نظر شما را توضیح می‌دهیم.

باید ظرف **60 روز تقویمی** از تاریخ مندرج بر نامه‌ای که جهت اطلاع شما از تصمیم‌مان ارسال کرده‌ایم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.

اگر این مهلت را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند اینکه شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدید نظر خود را توضیح دهید.

شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای "تجدیدنظر سریع" درخواست کنید.

> اصطلاح حقوقی "تجدید نظر سریع"، **"تجدید نظر تسریع شده"** است.

- اگر در مورد تصمیمی که ما در مورد پوشش مراقبتی که دریافت نکرده‌اید، گرفتیم درخواست تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- روند درخواست تجدیدنظر سریع مانند تصمیم پوشش سریع است. برای درخواست تجدیدنظر سریع، دستورالعمل‌های درخواست تصمیم پوشش سریع در **بخش F2**، صفحه 210 را دنبال کنید.
- اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، ما به شما تجدیدنظر سریع می‌دهیم.

اگر به شما بگوییم که خدمات یا مواردی را که قبلاً دریافت کرده‌اید متوقف یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید آن خدمات یا موارد را در طول درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.

- اگر ما تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی که پیش از این مورد تأیید بوده است را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، اطلاعیه ای را برای شما قبل از عملی شدن آن ارسال خواهیم کرد.
- اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ارائه دهید.

- اگر **ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ** در نامه ما یا تاریخ موثر مورد نظر برای اقدام هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 کنید، به پوشش خدمات یا اقلام ادامه می‌دهیم.
  - اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در انتظار است، خدمات یا اقلام را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
  - همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که هدف درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
  - اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا داروهای شما تا زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهد یافت.

ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- وقتی درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، دوباره به تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی نگاه می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم، که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی** داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشکتان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

مهلت‌هایی برای تجدید نظر سریع وجود دارد.

- زمانی که ما از موعدهای سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما** پاسخی 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، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، در بخش F4 صفحه 216 درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم.

- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما بله بگوییم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم،** درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.

مهلت‌هایی برای درخواست تجدید نظر استاندارد وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.

- اگر درخواست شما برای یک داروی نسخه‌ای Medicare بخش B است که دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر یا در صورت نیاز سلامتی‌تان زودتر به شما می‌دهیم.

اگر ظرف مهلت مقرر به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، در بخش F4 صفحه 216 درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما بله بگوییم، باید پس از دریافت درخواست تجدیدنظر، پوششی را که موافقت کرده‌ایم ظرف 30 روز تقویمی یا **در 7 روز تقویمی**، اگر درخواست شما برای داروی نسخه‌ای Medicare بخش B باشد، تأیید یا ارائه کنیم.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید**:**

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما **منفی باشد**، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم.

- اگر مشکل شما درباره پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 به واحد بررسی مستقل ارسال شده است.

- اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، در این نامه به شما اطلاع داده می‌شود می‌شود که چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 اقدام کنید.

F4. درخواست تجدیدنظر مرحله 2

اگر ما به بخشی یا به تمام موارد درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولاً Medicare یا Medi-Cal یا هر دو طرح، خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند.

- اگر مشکل شما مرتبط به خدمات یا اقلام مربوط به **Medicare** است، ما به صورت خودکار و به محض تکمیل مرحله 1 درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را به مرحله 2 تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.

- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است، که **Medi-Cal** معمولاً آنها را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. این نامه نحوه انجام این کار را به شما خواهد گفت. همچنین در ادامه این فصل، صفحه 208 اطلاعات بیشتری را درج می‌کنیم. ما به‌طور خودکار برای خدمات یا موارد Medi-Cal درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال نمی‌کنیم.

- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا موردی است که ممکن است **Medicare و Medi-Cal** هر دو آن را پوشش دهند، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 با سازمان بررسی مستقل دریافت می‌کنید. شما همچنین می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.

اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واجد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروهای مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات در مورد ادامه مزایای خود در طول درخواست تجدیدنظر سطح 1 به **بخش F4**، صفحه 216 مراجعه کنید.

- اگر مشکلتان درباره خدمات یا اقلامی است که معمولا فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول مراحل درخواست تجدیدنظر مرحله 2 با واحد بررسی مستقل، ادامه نخواهد داشت.
- اگر مشکل شما در مورد سرویسی است که معمولاً فقط تحت پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد، اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ارسال کنید، مزایای شما برای آن سرویس ادامه می‌یابد.

هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً پوشش می‌دهد

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدید نظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده است.

> نام رسمی "سازمان بازنگری مستقل"، **"واحد بازنگری مستقل"** است که گاهی اوقات **"IRE"** نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. Medicare این شرکت را به عنوان سازمان بررسی مستقل انتخاب کرد و Medicare بر کار آنها نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("مدارک پرونده" شما) را به این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار واحد بررسی مستقل قرار دهید.
- مسئولین بررسی در واحد بررسی مستقل به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست تجدید نظر شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.

اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت.

- اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت. سازمان بررسی مستقل باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهند.

اگر تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2 خواهید داشت.

- اگر یک درخواست تجدیدنظر استاندارد برای ما در سطح 1 داشتید، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دریافت می‌کنید.
- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی است، سازمان بررسی مستقل باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروی نسخه‌ای Medicare بخش B باشد، سازمان بازبینی مستقل باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.

سازمان بررسی مستقل پاسخشان را به صورت مکتوب به شما می‌دهد و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- **اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست اقلام یا خدمات پزشکی بله بگوید،** باید به سرعت تصمیم را اجرایی کنیم:
  - پوشش مراقبت‌های پزشکی را **ظرف 72 ساعت** تایید کنیم یا
  - خدمات را **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل به **درخواست‌های استاندارد** ارائه دهیم یا
  - خدمات را **ظرف 72 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بازنگری مستقل را به **درخواست‌های سریع** دریافت می‌کنیم، ارائه دهیم.
- اگر سازمان بازبینی مستقل به بخشی یا تمام درخواست داروی نسخه‌ای Medicare بخش B **بله** بگوید، ما باید داروی نسخه‌ای Medicare بخش B مورد اختلاف را مجاز یا ارائه کنیم:
  - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری مستقل به **درخواست‌های استاندارد** یا
  - **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بازنگری مستقل را به **درخواست‌های سریع** دریافت می‌کنیم.
- اگر سازمان بازنگری مستقل به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما **نه** گفت، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تایید نکنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر خود را ادامه دهید یا خیر.

پس از سطح 2، سه سطح اضافی در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد که در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهند.

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما رد شد و شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سومی را ارائه دهید یا خیر. جزئیات نحوه انجام این کار در اخطار کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آمده است.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J**، صفحه 246 مراجعه کنید.

هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد

دو روش برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای خدمات و اقلام Medi-Cal وجود دارد: (1) ارائه شکایت یا بررسی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

(1) بررسی مستقل پزشکی

می‌توانید از مرکز پشتیبانی California Department of Managed Health Care (اداره خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا) (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) کنید یا نزد آن اداره شکایت تنظیم کنید. با ارائه شکایت، DMHC تصمیم ما را بازنگری می‌کند و حکم صادر می‌کند. IMR برای هرگونه خدمات یا موارد تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند قابل انجام است. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی است که بخشی از برنامه ما یا DMHC نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

در صورت مبادرت برنامه ما به موارد زیر، می‌توانید شکایت کنید یا IMR درخواست کنید:

- خدمات یا درمان Medi-Cal را به این دلیل که از نظر برنامه ما ضرورت پزشکی ندارد، مورد رد، تغییر یا تأخیر قرار می‌دهد.
- درمان Medi-Cal آزمایشی یا تحقیقاتی را برای یک عارضه پزشکی جدی پوشش نمی‌دهد.
- هزینه خدمات Medi-Cal اورژانسی یا فوری که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نمی‌کند.
- ظرف 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت برای تجدیدنظر فوری به تجدیدنظر سطح 1 در مورد خدمات Medi-Cal رسیدگی نمی‌کند.

توجه: اگر ارائه‌کننده شما برای‌تان درخواست تجدیدنظر ارائه کرده باشد اما ما فرم تعیین نماینده را دریافت نکرده باشیم، باید درخواست تجدیدنظر خود را مجدداً به ما ارائه دهید تا بتوانید نزد اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده IMR سطح 2 درخواست کنید.

شما می‌توانید هم برای IMR و هم برای دادرسی ایالتی اقدام کنید، ولی اگر قبلاً یک دادرسی ایالتی با همین موضوع داشته‌اید دیگر نمی‌توانید این کار را بکنید.

در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست بررسی مستقل پزشکی، از ما درخواست تجدیدنظر کنید. جهت اطلاع درباره سطح 1 روند تجدید نظر به صفحه 208 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید شکایتی نزد DMHC تنظیم کنید یا از مرکز پشتیبانی DMHC درخواست یک بررسی مستقل پزشکی بکنید.

اگر درمان شما مورد قبول قرار نگرفته است چون آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است، لزومی ندارد که قبل از درخواست برای IMR در رویه تجدیدنظر ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما محسوب می‌شود یا درد شدیدی را تحمل می‌کنید، می‌توانید قبل از طی فرآیند تجدیدنظر، موضوع را فوراً به اطلاع DMHC برسانید.

شما باید **برای IMR درخواست بدهید ظرف 6 ماه** از تاریخی که ما کتباً تصمیم تجدیدنظر را برایتان ارسال کردیم. DMHC ممکن است در صورت وجود دلایل موجه، درخواست شما را بعد از 6 ماه بپذیرد؛ مثلاً اگر شرایط پزشکی خاصی داشتید که به خاطر آن نمی‌توانستید در مهلت 6 ماه برای IMR درخواست دهید یا اگر در زمان مقتضی اطلاعیه‌ای از طرف ما در مورد روند IMR دریافت نکردید.

برای درخواست بررسی مستقل پزشکی:

- فرم شکایت/درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) که در www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx موجود است را پر کنید یا با مرکز پشتیبانی DMHC به شمارهٔ 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 اقلام پذیرفته‌نشده را اگر در دست دارید، ضمیمه کنید. این کار می‌تواند روال IMR را سریع کند. رونوشت اسناد و نه اصل آن‌ها را ارسال کنید. مرکز پشتیبانی نمی‌تواند هیچ سندی را برگرداند.
- اگر شخصی به شما در مورد بررسی مستقل پزشکی کمک می‌کند، فرم دستیار مجاز را پر کنید. شما می‌توانید این فرم را از نشانی www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx دریافت کنید یا با مرکز پشتیبانی اداره به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم‌ها و هرگونه مدارک پیوست را به این نشانی ارسال یا فکس کنید:

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

اگر واجد شرایط IMR باشید، درخواست شما را بررسی کرده و ظرف مدت 7 روز نامه‌ای برای شما می‌فرستد و در آن اعلام می‌کند که واجد شرایط IMR هستید. بعد از اینکه درخواست و مدارک شما دریافت شد، ظرف مدت 30 روز تصمیم گرفته خواهد شد. از زمان ارسال فرم تکمیل‌شده درخواست به مدت 45 روز حکم IMR را دریافت خواهید کرد.

اگر واجد شرایط IMR باشید، درخواست شما را بررسی کرده و ظرف مدت 2 روز نامه‌ای برای شما می‌فرستد و در آن اعلام می‌کند که واجد شرایط IMR هستید. بعد از اینکه درخواست و مدارک شما از سوی طرحتان دریافت شد، ظرف مدت 3 روز تصمیم سازمان بازنگری مستقل IMR گرفته خواهد شد. شما باید تصمیم IMR را در ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ تسلیم درخواست کامل شده دریافت کنید. اگر از نتیجه بررسی مستقل پزشکی راضی نیستید، می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

اگر DMHC تمام سوابق پزشکی مورد نیاز از طرف شما یا پزشک معالج شما را دریافت نکند، بررسی مستقل پزشکی می‌تواند طولانی تر شود. اگر نزد پزشکی می‌روید که در شبکه برنامه درمانی شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی خودتان را از آن پزشک دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. لازم است که برنامه درمانی شما، تجویزی از سوابق پزشکی شما را از پزشکانی که در شبکه هستند، دریافت کند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی نیست، DMHC پرونده شما را از طریق رویه عادی شکایات مشتریان بررسی خواهد کرد. شکایت شما ظرف 30 روز تقویمی از زمان تحویل فرم تکمیل‌شده رسیدگی خواهد شد. اگر شکایت شما فوری باشد، ممکن است زودتر رسیدگی شود.

(2) دادرسی ایالتی

می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی نمایید. اگر پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری برای خدمات یا اقلامی درخواست کند که ما تصویب نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده‌اید ادامه نخواهیم داد و به تجدید نظر مرحله 1 شما پاسخ نه داده ایم، شما حق این را دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

در بیشتر موارد، بعد از اینکه اطلاعیه "حقوق دادرسی شما" برایتان ارسال شد، **120 روز فرصت دارید که برای دادرسی عادلانه ایالتی درخواست کنید**.

توجه: اگر شما درخواست دادرسی ایالتی کردید، زیرا به شما گفته‌ایم که سرویس دریافتی توسط شما تغییر پیدا کرده یا متوقف خواهد شد، در صورتی که می‌خواهید به دریافت آن خدمات در طی فرآیند دادرسی ایالتی ادامه دهید، **برای ارسال درخواست روزهای کمتری فرصت دارید.** برای اطلاعات بیشتر، بخش "آیا مزایای من در خلال درخواست های تجدید نظر مرحله 2 کماکان ادامه خواهد داشت" صفحه 216 را مطالعه کنید.

دو روش درخواست برای دادرسی ایالتی وجود دارد:

1. می‌توانید "درخواست دادرسی ایالتی" را در پشت اطلاعیه اقدامات پر کنید. باید همه اطلاعات درخواستی از قبیل نام کامل خود، نشانی، شماره تلفن، نام برنامه درمانی یا شهرستانی که علیه آن اقدام نمودید، برنامه(های) کمکی مربوطه و دلیل مشروح‌تان برای درخواست دادرسی را ارائه کنید. سپس می‌توانید درخواست خود را به یکی از این روش‌ها ارائه دهید:

- به اداره رفاه شهرستان به نشانی مندرج در اطلاعیه.
- به اداره خدمات اجتماعی California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- به بخش دادرسی ایالتی به شماره فکس 916-651-5210 یا 916-651-2789.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی California به شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم بگیرید تلفنی درخواست دادرسی ایالتی کنید، باید توجه داشته باشید که خطوط تلفنی بسیار مشغول هستند.

دفتر دادرسی عادلانه تصمیم خود را به صورت کتبی به شما می‌دهد و دلایل را توضیح می‌دهد.

- اگر دفتر دادرسی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی **بله** بگوید، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آنها، مجوز یا ارائه خدمات یا مورد را ارائه کنیم.
- اگر دفتر دادرسی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر تصمیم سازمان بازنگری مستقل یا دفتر دادرسی عادلانه برای تمام یا بخشی از درخواست شما **خیر** باشد، شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید.

اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما به **واحد بررسی مستقل** منتقل شده است، تنها در صورتی می‌توانید دوباره درخواست بررسی داشته باشید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نیازتان یک مقدار حداقل خاص باشد. یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. **در نامه ای که از طرف سازمان بررسی مستقل دریافت می‌کنید، درباره حقوق دیگر شما در زمینه درخواست تجدیدنظر توضیح داده شده است.**

نامه ای که از دفتر دادرسی منصفانه دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2 به **بخش J**، صفحه 246 مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به ارائه دهندگان شبکه مان تأییدیه نمی‌دهیم هزینه خدمات تحت پوشش را از شما دریافت کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات و اقلام تحت پوشش مطالبه می‌کند، صادق است. **شما هرگز لازم نیست هزینه هیچ صورتحسابی را بپردازید.**

اگر صورتحسابی برای خدمات یا موارد تحت پوشش دریافت کردید، آن را برای ما ارسال کنید. **نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید.** ما مستقیماً با آن ارائه‌کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم. اگر صورت‌حساب را پرداخت کنید، اگر قوانین دریافت خدمات یا کالا را رعایت کنید، می‌توانید مبلغ را پس بگیرید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 7** دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. این شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید بازپرداخت یا صورت‌حسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید بپردازیم. همچنین این بخش اطلاعاتی را در مورد چگونگی ارسال مدارک برای درخواست پرداخت هزینه از ما ارائه می‌کند.

اگر درخواست برگرداندن هزینه را دارید، در حقیقت درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی خدمات را دارید. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که شما هزینه آنها را پرداخت کرده اید، تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی می‌کنیم که آیا شما از تمام قوانین مربوط به استفاده از خدمات تحت پوشش پیروی کرده اید.

- اگر خدمات یا مواردی که هزینه آن را پرداخت کرده اید تحت پوشش بوده است و شما از تمام قوانین پیروی کرده اید، ما هزینه را ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای خدمات یا موارد پرداخت خواهیم کرد. ارائه‌کننده شما متعاقباً این وجه را به شما خواهد پرداخت.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً به خدمات‌دهنده ارسال خواهیم کرد. هنگامی‌که مبلغ پرداختی را ارسال می‌کنیم، به معنی پاسخ **بله** به درخواست شما برای تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.
- اگر خدمات یا موارد تحت پوشش نباشند یا اگر شما از تمام قوانین پیروی نکرده باشید، نامه ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن توضیح می‌دهیم که به چه دلیل هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، می**توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.** فرایند درخواست تجدیدنظر مندرج در **بخش F3**، صفحه 213 را دنبال کنید. هنگامی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه‌ها توسط ما درخواست تجدیدنظر ارائه می‌کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخگو باشیم.
- اگر از ما بخواهید برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت کرده اید و هزینه آنها را خودتان پرداخت کرده اید، به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدید نظر سریع کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** باشد و **Medicare**معمولاً خدمات یا مورد را پوشش دهد، ما پرونده شما را به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. در صورت بروز چنین حالتی، از طریق نامه به شما اطلاع می‌دهیم.

- اگر سازمان بررسی مستقل تصمیمی برخلاف نظر ما داشته باشد و بگوید که باید هزینه را پرداخت کنیم، ما ظرف 30 روز تقویمی هزینه را برای شما یا برای ارائه دهنده تان ارسال می‌کنیم. اگر پاسخ به درخواست شما در هر مرحله از بررسی پس از مرحله 2 **مثبت** باشد، باید هزینه را ظرف 60 روزِ تقویمی برای شما یا ارائه دهنده تان ارسال کنیم.

- اگر نظر سازمان بررسی مستقل درباره درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد، به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما موافقت کرده است. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود. نامه ای دریافت خواهید کرد که حقوق تجدیدنظر دیگری را که ممکن است داشته باشید توضیح دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح اضافی تجدیدنظر به **بخش J**، صفحه 246 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** است و **Medi-Cal** معمولاً خدمات یا مورد را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. ما به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر سطح 2 را برای شما ارسال نمی‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر به **بخش F4** صفحه 216 مراجعه کنید.

G. داروی تجویزی Medicare Part D

مزایای شما به عنوان عضو برنامه ما شامل پوشش برای بسیاری داروهای نسخه‌ای می‌شود. بسیاری از این داروها از نوع "داروهای Part D Medicare" می‌باشند. چند دارو وجود دارد که Part D Medicare پوشش نمی‌دهد ولی Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. **این بخش فقط به درخواست‌های تجدیدنظر داروهای Part D مربوط می‌شود.** ما در ادامه این بخش به جای گفتن "داروی بخش D"، فقط "دارو" می گوییم.

برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک نشانه پذیرفته شده پزشکی استفاده شود. این بدان معناست که این دارو توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تایید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد یک نشانه پذیرفته شده پزشکی به **فصل 5**، بخش B3، صفحه 148 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G1. تصمیمات پوشش و تجدید نظر Part D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات پوششی است که از ما می‌خواهید در مورد داروهای Part D شما اتخاذ کنیم:

- شما از ما می‌خواهید که استثنا قائل شویم، از جمله اینکه از ما بخواهید:
  - یک داروی Part D که در لیست دارویی ما نیست را پوشش دهیم.
  - یک محدودیت در پوششمان را در مورد یک دارو کنار بگذاریم (مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید)
- شما از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود یا خیر(مثل زمانی که داروی شما در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد، اما ما باید آن را برای شما تأیید کنیم، قبل از اینکه آن را برای شما پوشش دهیم)

توجه: اگر داروخانه‌تان به شما بگوید که نسخه‌تان را نمی‌تواند آنطور که نوشته شده است، بپیچد، داروخانه به شما اعلامیه‌ای کتبی می‌دهد که در آن توضیح می‌دهد چگونه با ما تماس بگیرید تا تصمیم پوشش را بخواهید.

تصمیم پوشش اولیه در مورد داروهای Part D شما **"تعیین پوشش"** نامیده می شود.

- از ما درخواست کنید که هزینه داروی تجویزی‌ای را که قبلاً خریداری کردید بپردازیم. درخواست برای تصمیم پوشش در مورد پرداخت هزینه.

اگر با تصمیم مربوط به پوشش دهی از طرف ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما داشته باشید. در این بخش به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید درخواست تصمیم گیری پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر داشته باشید. از نمودار زیر برای کمک استفاده کنید.

شما در کدامیک از این موقعیت‌ها هستید؟			
آیا به دارویی نیاز دارید که در لیست داروی ما نیست یا اینکه می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش دهی دارویمان لغو کنیم؟	آیا می‌خواهید ما دارویی را در لیست دارو پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین و محدودیت‌های موجود برای دریافت داروی مورد نیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده اید؟	آیا می‌خواهید ما هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده اید، به شما برگردانیم؟	ما به شما گفتیم که دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه ای برای آن پرداخت نمی‌کنیم.
می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)	**می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش از ما درخواست کنید.**	**می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.** (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)	**می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.** (این بدان معنی است که درخواست بازنگری از ما دارید.)
با **بخش G2**، صفحه 226 شروع کنید، سپس به **بخش G3**، صفحه 226 و**G4** ، صفحه 227 مراجعه کنید.	به **بخش G4**، صفحه 227 مراجعه کنید.	به **بخش G4**، صفحه 227 مراجعه کنید.	به **بخش G5**، صفحه 230 مراجعه کنید.

G2. استثنائات Part D

اگر ما دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید از ما درخواست اعمال یک مورد "استثنا" را داشته باشید. اگر درخواست شما برای استثنا را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

هنگامی که درخواست مورد استثنا می‌کنید، پزشک شما یا دیگر تجویز کنندگان لازم است که دلایل پزشکی مبنی بر نیاز شما به این مورد استثنا را توضیح دهند.

> درخواست برای پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست یا برای حذف یک محدودیت بر یک دارو، گاهی اوقات درخواست **"استثنای فرمولاری"** نامیده.

در اینجا چند نمونه از موارد استثنا عنوان شده است که شما یا پزشکتان یا یک تجویز کننده دیگر می‌توانید از ما درخواست کنید:

1. پوشش دارویی که در لیست دارویی ما نیست.

- شما نمی‌توانید استثنایی برای مبلغ پرداخت مشترک مورد نیاز برای دارو دریافت کنید.

2. حذف محدودیت برای داروی تحت پوشش.

- قوانین یا محدودیت‌های اضافی برای داروهای خاصی در فهرست دارویی ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5**، بخش C، صفحه 149 از *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت‌های بیشتر درباره پوشش دهی برخی از داروهای خاص عبارتند از:
  - لزوم استفاده از نوع ژنریک دارو به جای نوع مارک دار آن دارو.
  - دریافت تأییدیه قبلی پیش از موافقت ما با پوشش دهی داروی شما. به این مورد "تأییدیه قبلی" گفته می‌شود.
  - لزوم امتحان یک داروی دیگر پیش از اینکه ما با پوشش دهی داروی مورد نظرتان موافقت کنیم. به این حالت برخی مواقع "درمان مرحله ای" گفته می‌شود.
  - محدودیت مقدار. برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را محدود کرده‌ایم.

G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثنا از آنها مطلع باشید

پزشک شما یا هر تجویز کننده دیگری باید درباره دلایل پزشکی آن به ما توضیح دهد

پزشک شما یا هر تجویز کننده دیگری باید توضیح دهد که به چه دلایل پزشکی، مورد استثنا درخواست شده است. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثنا می‌کنید، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود ضمیمه کنید.

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. این‌ها داروهای "جایگزین" نامیده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین تأثیری دقیقاً مشابه دارویی را داشته باشد که شما درخواست کرده اید و عوارض جانبی بیشتری نیز ایجاد نکند یا مشکلات سلامتی ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای اعمال مورد استثنا را نمی‌پذیریم.

ما یا به درخواست شما پاسخ مثبت می‌دهیم یا منفی.

- اگر پاسخمان به درخواست اعمال استثنای شما **مثبت** باشد، این مورد استثنا معمولاً تا پایان همان سال بر قوت خود باقی است. این موضوع تا وقتی پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای درمان عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند صدق می‌کند.
- اگر به درخواست استثنای شما **نه** بگوییم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر **نه** گفتیم، برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر به **بخش G5**، صفحه 230 مراجعه کنید.

بخش بعدی به شما می‌گوید که چطور برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید که شامل استثنا می‌شود.

G4. درخواست برای تصمیم پوشش شامل یک استثنا

- نوع تصمیم پوشش مورد نظر خود را با تماس با 1-800-431-9007 (TTY: 711)، مکاتبه یا از طریق فکس به ما اعلام کنید. شما، نماینده یا پزشک‌تان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه را ضمیمه کنید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.
- شما یا پزشکتان (یا تجویز کننده ای دیگر) یا فردی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند درخواست تصمیم گیری پوشش دهی را داشته باشد. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.
- برای اطلاع از نحوه نامگذاری شخصی به عنوان نماینده خود به **بخش E3**، صفحه 208 مراجعه کنید.
- شما نیازی به اجازه کتبی به پزشک یا تجویز کننده دیگر ندارید تا از طرف شما تصمیم پوشش را بخواهد.
- اگر می‌خواهید درباره بازپرداخت هزینه دارو توسط ما به شما درخواست بدهید، به **فصل 7**، بخش A، صفحه 168 از *کتابچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثنا می‌کنید، به ما یک "بیانیه پشیبانی‌کننده" بدهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا سایر تجویز کنندگان برای درخواست استثنا می شود.
- پزشک شما یا تجویزکننده ای دیگر می‌تواند بیانیه پشتیبان را برای ما فکس کرده یا از طریق پست ارسال کند. آنها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند، و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید از ما درخواست "تصمیم پوشش سریع" داشته باشید.

ما از "مهلت‌های استاندارد" استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از "مهلت‌های سریع" استفاده کنیم.

- **تصمیم گیری پوشش دهی استاندارد** به این معنی است که شما ظرف 72 ساعت پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.
- **تصمیم گیری پوشش دهی سریع** به این معنی است که شما ظرف 24 ساعت پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت خواهید کرد.

> "تصمیم پوشش سریع" را **"تعیین پوشش سریع"** می‌نامند.

تصمیم پوشش استاندارد دریافت می‌کنید در صورتی که:

- این برای دارویی است که شما دریافت نکردید. اگر درخواست برگرداندن هزینه دارویی را دارید که قبلاً هزینه آن را خود شما پرداخت کرده اید، نمی‌توانید درخواست تصمیم گیری پوشش دهی سریع داشته باشید.
- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامتی یا توانایی شما به طور جدی آسیب می‌بیند.

اگر پزشک شما یا تجویز کننده دیگری به ما بگوید که سلامت شما نیاز به یک تصمیم پوشش سریع دارد، ما موافقت می‌کنیم و آن را به شما می‌دهیم. ما نامه ای برای شما می‌فرستیم که به شما می‌گوید.

- اگر درخواست تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی را بدهید اما پزشکتان یا تجویز کننده دیگری از شما پشتیبانی نکند، ما تصمیم می‌گیریم که آیا این مورد را دریافت می‌کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم را برای تصمیم گیری سریع نسبت به پوشش دهی ندارد، به جای آن از یک مهلت زمانی استاندارد استفاده خواهیم کرد.

ما نامه ای برای شما می‌فرستیم که به شما می‌گوید. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه از تصمیم ما شکایت کنید.

می توانید یک "شکایت سریع" ارائه کرده و ظرف 24 ساعت از پاسخ شکایت خود مطلع شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، از جمله شکایات سریع، به **بخش K**، صفحه 249 مراجعه کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی

- اگر ما از موعدهای مقرر سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست‌تان به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.

- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 به **فصل G6**، صفحه 232 مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه حمایتی پزشک شما پوشش را به شما می‌دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، نامه ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم گیری استاندارد درباره پوشش دهی برای دارویی که هنوز دریافت نکرده اید

- اگر ما از موعدهای مقرر استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه حمایتی پزشکتان برای یک استثنا پوشش به شما تعلق می‌گیرد.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، نامه ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدید نظر کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم گیری استاندارد درباره پوشش دهی برای هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده اید.

- ما باید پاسخ خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، نامه ای با دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدید نظر کنید.

G5. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش داروی قسمت D، طرح **"تعیین مجدد"** نامیده می‌شود.

- درخواست تجدیدنظر **استاندارد** یا **سریع خود** را با تماس با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)، مکاتبه یا از طریق فکس به ما اعلام کنید. شما، نماینده یا پزشک‌تان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه خود را ضمیمه کنید.
- باید ظرف **60 روز تقویمی** از تاریخ مندرج بر نامه‌ای که جهت اطلاع شما از تصمیم‌مان ارسال کرده‌ایم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.
- اگر این مهلت را از دست دهید و دلیل موجهی برای این امر داشته باشید، ممکن است ما زمان بیشتری جهت درخواست تجدیدنظر در اختیار شما قرار دهیم. مثال‌هایی از دلایل خوب مواردی هستند مانند اینکه شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدید نظر خود را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای "تجدیدنظر سریع" درخواست کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین **"تعیین مجدد سریع"** نامیده می‌شود.

- اگر شما در حال درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم گیری ما در رابطه با دارویی هستید که هنوز آن را دریافت نکرده اید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر لازم است تصمیم گیری کنید که آیا به "تجدیدنظر سریع" نیاز است یا خیر.
- الزامات تجدید نظر سریع مانند موارد مورد نیاز یک تصمیم پوشش سریع است. برای اطلاعات بیشتر به **بخش G4** صفحه 227 مراجعه کنید.

ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخمان را به شما می‌دهیم.

- ما مجدداً درخواست تجدیدنظر شما و اطلاعاتی که درباره درخواست پوشش دهی در اختیارمان قرار داده اید را به دقت بررسی می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم، که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ **منفی** داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- ممکن است با شما یا پزشک‌تان یا تجویزکننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

موعدهای مقرر برای "بررسی سریع" در مرحله 1

- اگر ما از موعدهای مقرر سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به شما پاسخگو باشیم.
- اگر بر اساس شرایط سلامت شما لازم باشد، ما پاسخمان را سریع تر به شما اطلاع می‌دهیم.

اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6**، صفحه 232 مراجعه کنید.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر دارو را دریافت نکردید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، تصمیم خود را زودتر به شما می‌دهیم. اگر فکر می‌کنید وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید.

اگر ظرف 7 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6**، صفحه 232 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** است:

- ما باید **پوششی** را که توافق کرده‌ایم ارائه کنیم، به همان سرعتی که سلامت شما ایجاب می‌کند، اما **حداکثر تا 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، آن ارائه دهیم.
- ما باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، **مبلغی** را برای دارویی که خریداری کرده‌اید برای شما ارسال کنیم.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** است:

- ما نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که خریده‌اید **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان به شما بدهیم.

اگر ظرف 14 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6**، صفحه 232 مراجعه کنید.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوییم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه** بگوییم، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

G6. درخواست تجدیدنظر مرحله 2

اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **نه** بگوییم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا تجدیدنظر دیگری کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دیگری دارید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. وقتی به اولین درخواست تجدیدنظر شما **نه** گفتیم، **سازمان** بررسی مستقل تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

> نام رسمی "سازمان بازنگری مستقل"، **"واحد بازنگری مستقل"** است که گاهی اوقات **"IRE"** نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا تجویز کننده دیگری باید کتباً با سازمان بررسی مستقل تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **نه** بگوییم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2** با سازمان بازنگری مستقل است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدید نظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- هنگامی که شما درخواست تجدید نظر به سازمان بررسی مستقل می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات "فایل پرونده" شما نامیده می شود. **شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.**
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار واحد بررسی مستقل قرار دهید.

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظر سطح Part D 2 شما را بررسی می‌کند و به صورت مکتوب به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بررسی مستقل به **بخش F4**، صفحه 216 مراجعه کنید.

موعدهای مقرر برای بررسی سریع در مرحله 2

اگر بر اساس شرایط سلامتتان لازم است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع از طرف واحد بررسی مستقل (IRE) داشته باشید.

- اگر آنها با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- اگر به بخشی یا تمام آنچه شما خواسته‌اید **بله** بگویند، ما باید **ظرف 24 ساعت** پس از تصمیم سازمان بازنگری مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، سازمان بررسی مستقل باید به شما در بازه‌های زمانی زیر پاسخ دهد:

- **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده اید.
- **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما **بله** بگوید:

- ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.
- ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل، هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم.

اگر نظر سازمان بررسی مستقل درباره درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد، به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما موافقت کرده است. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر سازمان بازبینی مستقل به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری مطابقت داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. سازمان بررسی مستقل نامه ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را به شما می‌گوید.

اگر ارزش دلاری درخواست شما مطابق با الزامات باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر خود را ادامه دهید.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد.

- اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را داشته باشید، شما:
  - تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر سطح 3 کنید.
  - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه ای که سازمان بازنگری مستقل پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J**، صفحه 246 مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوید از این حق برخوردار هستید تا تمام خدمات بیمارستانی که ما تحت پوشش قرار می‌دهیم و برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا جراحت شما لازم است را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4**، بخش D، صفحه 77 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در طول مدتی که در بیمارستان تحت پوشش هستید، پزشک شما و پرسنل بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روز ترخیص از بیمارستان آماده شوید. آنها همچنین هرگونه خدمات درمانی مورد نیاز پس از خروج از بیمارستان را هماهنگ می‌کنند.

- 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 می‌شود که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست بستری طولانی تری در بیمارستان کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می‌گوید.

H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما

ظرف دو روز پس از بستری شدن شما در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا متصدی پرونده، اخطار کتبی به نام "**پیام مهم Medicare درباره حقوق شما**" **به شما خواهد داد.** همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می شوند، یک کپی از این اعلان دریافت می کنند.

اگر اخطار را دریافت نکردید، آن را از هر کارمند بیمارستان بخواهید. اگر به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا با شماره های پایین صفحه تماس بگیرید. همچنین می توانید با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفا با Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، از این وب‌سایت بازدید کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- این اعلامیه را به دقت **مطالعه کنید** و اگر سؤالی دارید یا موردی را متوجه نمی‌شوید، بپرسید. این اخطار در مورد حقوق شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان، از جمله حقوق شما در موارد زیر به شما می‌گوید:
  - 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 نگرانی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
  - اگر فکر می‌کنید که بسیار زود از بیمارستان ترخیص شده اید، درخواست تجدیدنظر بدهید.
- **اعلامیه را امضا کنید** تا نشان دهید که آن را دریافت کرده اید و حقوقتان را می‌دانید.
  - شما یا شخصی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند اعلان را امضا کنید.
  - امضای اعلامیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده اید. امضا کردن به این معنی **نیست** که شما با تاریخ ترخیصی موافقت می‌کنید که ممکن است پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما گفته باشند.
- **رونوشت** امضا شده اعلامیه را نزد خود نگهدارید تا در صورت نیاز اطلاعات را داشته باشید.

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

شما می‌توانید از قبل یک نسخه از این اعلامیه را ملاحظه کنید اگر:

- با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید
- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (Medicare 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices رجوع کنید.

H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

اگر می‌خواهید خدمات بستری شدن در بیمارستان را برای مدت زمان بیشتری تحت پوشش قرار دهیم، باید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. یک سازمان بهبود کیفیت مسئول بررسی درخواست در مرحله 1 است تا بفهمد که آیا ترخیص طرح ریزی شده از بیمارستان برای شما از نظر پزشکی مناسب بوده است یا خیر.

سازمان بهبود کیفیت گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که دستمزد آنها توسط دولت فدرال پرداخت می‌شود. این کارشناسان کیفیت را برای افراد دارای Medicare بررسی می‌کنند و به آنها کمک می‌کنند. این متخصصین بخشی از طرح ما نیستند.

در California، سازمان ارتقا کیفیت Livanta نامیده می‌شود. با آنها از طریق این شماره تماس بگیرید: 1-877-588-1123 .(TTY: 1-855-887-6668) اطلاعات تماس همچنین در اعلامیه "پیام مهم Medicare درباره حقوق شما" و در **فصل 2**، بخش F، صفحه 32 آمده است.

قبل از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین‌شده برای شما، با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.

- **اگر قبل از خروج تماس بگیرید،** می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید و منتظر تصمیم سازمان بهبود کیفیت در مورد درخواست تجدیدنظر خود باشید.
- **اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید** و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ ترخیص همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد که تمام هزینه‌های بیمارستان برای خدمات درمانی دریافت شده پس از تاریخ ترخیص تعیین شده را خود شما پرداخت کنید.
- **اگر تاریخ تعیین شده برای تماس** با سازمان بهبود کیفیت درباره درخواست تجدیدنظر را از دست بدهید، می‌توانید به جای آن درخواست تجدیدنظر را مستقیماً به طرح ما ارائه کنید. برای اطلاعات در مورد درخواست تجدید نظر به ما به **بخش G4**، صفحه 227مراجعه کنید.
- چون اقامت در بیمارستان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارد، اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید، می‌توانید از California Department of Managed Health Care (سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا) (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. لطفا برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 216 مراجعه کنید.

در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:

- با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

یک بررسی سریع بخواهید. سریع اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا ترخیص از بیمارستان شما سریع بررسی شود.

> اصطلاح حقوقی **"بازبینی سریع"**، **"بازبینی فوری"** یا **"بازبینی تسریع شده"** است.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد؟

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی باید پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید بنویسید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بازبین‌ها برنامه ما را در مورد درخواست تجدیدنظر شما اعلام می‌کنند، اخطار دیگری دریافت خواهید کرد که دلیل آن را توضیح می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان، و ما فکر می‌کنیم این تاریخ مناسب ترخیص است که از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

> اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی، **"اطلاعیه تفصیلی ترخیص"** است. می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا با شماره‌های پایین صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، نمونه دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید اعلامیه را به صورت آنلاین در آدرس www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

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

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگویند:

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

اگر سازمان ارتقای کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد:

- آنها معتقدند تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بیمارستان بستری شما در ظهر روز بعد از پاسخگویی سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما به پایان می‌رسد.
- ممکن است مجبور شوید تمام هزینه مراقبت‌های بیمارستانی را که بعد از ظهر روزی که سازمان بهبود کیفیت تصمیم شان را به شما می‌دهند، دریافت می‌کنید، بپردازید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد **و** شما پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدید نظر سطح 2 را ارائه دهید.

H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با آنها از طریق این شماره تماس بگیرید: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668.)

درخواست برای تجدیدنظر مرحله 2 را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. تنها در صورتی می‌توانید این بازبینی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.

بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت قرار است:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.
- تصمیمشان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست‌تان برای بررسی دوم به شما بگویند.

اگر سازمان بررسی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خدمات بیمارستانی خود را که از ظهر روز بعد از روزی که سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، به شما پس دهیم.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بازبینی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** 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 تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- همچنین می‌توانید از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید یا شکایت خود را به این اداره ارائه دهید. لطفا جهت اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 209 مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J**، صفحه 246 مراجعه کنید.

H4. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین

مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از بیمارستان است. اگر مهلت درخواست تجدیدنظر سطح 1 را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند "درخواست تجدیدنظر جایگزین" استفاده کنید.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و از ما بخواهید تا تاریخ ترخیص از بیمارستان خود را "بازبینی سریع" کنیم.

> اصطلاح حقوقی برای "بررسی سریع"، "تجدیدنظر سریع" یا **"تجدیدنظر تسریع شده"** است.

- ما تمام اطلاعات در خصوص بستری شدن شما در بیمارستان را مورد بررسی قرار می‌دهیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا اولین تصمیم منصفانه بوده و از قوانین پیروی می‌کند یا خیر.
- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست شما برای بررسی سریع به شما می‌دهیم.

اگر به درخواست سریع شما **بله** بگوییم:

- ما موافقیم که شما باید بعد از تاریخ ترخیص در بیمارستان باشید.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.
- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.

اگر به درخواست شما برای تجدیدنظر سریع **نه** بگوییم:

- ما موافقت می‌کنیم که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- پوشش ما برای خدمات بیمارستانی برای بستری شدن در همان روزی تمام می‌شود که اعلام کرده بودیم پوشش دهی خدمات تمام خواهد شد.
- ما پرداخت هر سهمی از این هزینه‌های خدمات درمانی را متوقف می‌کنیم.
- اگر همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است مجبور شوید تمام هزینه مراقبت های بیمارستانی را که بعد از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده دریافت کرده اید، بپردازید.
- ما درخواست شما را به سازمان بازنگری مستقل ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.

H5. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 جایگزین

ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از **نه گفتن** به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال می‌کنیم. ما این کار را به صورت خودکار انجام می دهیم. نیازی به انجام کاری ندارید.

اگر فکر می‌کنید که این مهلت یا سایر مهلت‌ها را رعایت نکرده‌ایم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات در مورد شکایات به **بخش K**، صفحه 249 مراجعه کنید.

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدید نظر شما را به صورت سریع بررسی می‌کند. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می کنند و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- آنها موافق هستند که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J**، صفحه 236 مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید. لطفا جهت اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 216 مراجعه کنید. علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، می‌توانید درخواست بررسی مستقل پزشکی نیز ارائه دهید.

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی

این بخش فقط در مورد سه نوع از خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبت درمانی خانگی
- خدمات درمانی پرستاری حرفه ای در مرکز نگهداری توسط پرستاران

- مراقبت توانبخشی که شما به عنوان بیمار سرپایی در خدمات توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) مورد تأیید Medicare دریافت می‌کنید. معمولاً این بدان معنی است که شما در حال دریافت خدمات درمانی برای یک بیماری یا حادثه هستید یا اینکه شما در حال بهبود از یک عمل جدی و سخت هستید.

با هرکدام از این سه نوع خدمات درمانی، شما از این حق برخوردار هستید تا همچنان خدمت تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکتان ضروری باشد، دریافت کنید.

هنگامی که ما تصمیم بگیریم پوشش هرکدام از این موارد را متوقف کنیم، باید پیش از پایان خدمات به شما اطلاع دهیم. هرگاه پوشش شما برای خدمات درمانی خاصی تمام شود، ما دیگر هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت نمی‌کنیم.

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می**توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید**. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از اینکه هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم، دریافت خواهید کرد. این "اطلاعیه عدم پوشش Medicare" نام دارد. در این اعلامیه کتبی به شما اطلاع داده می‌شود که چه زمان مراقبت از شما را متوقف می‌کنیم و نحوه تجدیدنظر در مورد این تصمیم.چگونه است.

شما یا نماینده خود باید اعلامیه کتبی را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده اید. امضای اعلامیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده اید. امضا به این معنی **نیست** که شما با تصمیم ما موافق هستید.

I2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید. این بخش در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما می‌گوید.

- **مهلت‌ها را رعایت کنید.** مهلت‌ها اهمیت دارند. مهلت هایی را در مورد کارهایی که باید انجام دهید درک کنید و از آنها پیروی کنید. برنامه ما نیز باید از مهلت‌ها پیروی کند. اگر فکر می‌کنید که ما از مهلت‌ها پیروی نمی‌کنیم، می‌توانید شکایتی را ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به **بخش K**، صفحه 249 مراجعه کنید.
- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:
  - با شماره‌های خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید.

- همچنین می‌توانید با طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

- **با سازمان بهبود کیفیت (QIO) تماس بگیرید.**
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها به **بخش H2**، صفحه 235 مراجعه کنید یا به **فصل 2**، بخش F، صفحه 32 *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - از آنها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.
- **سریع عمل کنید و درخواست "تجدیدنظر سریع" کنید.** از سازمان بهبود کیفیت بپرسید که آیا از نظر پزشکی مناسب است که ما به پوشش خدمات پزشکی شما پایان دهیم یا خیر.

مهلت شما برای تماس با این سازمان

- شما باید با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در اعلان عدم پوشش Medicare که برای شما ارسال کردیم، شروع کنید.
- اگر مهلت تعیین شده برای تماس با سازمان بهبود کیفیت درباره درخواست تجدیدنظر را از دست دادید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر را مستقیماً برای ما ارسال کنید. برای جزئیات در مورد نحوه انجام این کار، به **بخش I4**، صفحه 244 مراجعه کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید، می‌توانید از California Department of Managed Health Care (سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا) (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. لطفا جهت اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 216 مراجعه کنید.

> اصطلاح قانونی توضیح کتبی اخطار **"اطلاعیه عدم پوشش Medicare"** است. برای دریافت نمونه، از طریق شماره های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا رونوشتی را آنلاین از این آدرس دریافت کنید: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولین بررسی سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی برای خدمات باید ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید بنویسید.

- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- 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 روزی دریافت می‌کنید که بازبین‌ها از درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند.

اصطلاح قانونی توضیح اخطار **"توضیح تفصیلی عدم پوشش"** است.

- داوران تصمیم خود را در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما می‌گویند.

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بیمارستان را پوشش می‌دهیم.

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم به ادامه مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری ماهر، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF) پس از پایان پوشش خود داشته باشید، هزینه کامل این مراقبت را خودتان می‌پردازید.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر سطح 2 ارائه دهید.

I3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با آنها از طریق این شماره تماس بگیرید: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

درخواست برای تجدیدنظر مرحله 2 را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی انجام دهید که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ **منفی** داده باشد. **تنها** در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان خدمات درمانی، خدمات را دریافت می‌کنید.

بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت قرار است:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.

- تصمیمشان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست‌تان برای بررسی دوم به شما بگویند.

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.
- تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم باشد ما همچنان پوشش دهی خدمات را در مورد شما ادامه می‌دهیم.

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود کنید. لطفا برای اطلاع از درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 216 مراجعه کنید. شما می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J**، صفحه 246 مراجعه کنید.

I4. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین

همانطور که در **بخش I2**، صفحه 241 توضیح داده شد، باید سریعا اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را شروع کنید. اگر مهلت را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند "تجدیدنظر جایگزین" استفاده کنید.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و "بررسی سریع" را از ما بخواهید.

> اصطلاح حقوقی برای "بررسی سریع" یا "تجدیدنظر سریع"، **"تجدیدنظر تسریع‌شده"** می‌باشد.

- ما تمام اطلاعات مربوط به پرونده شما را بررسی می‌کنیم.
- زمانی که تاریخ پایان پوشش خدمات شما را تعیین کردیم، بررسی می‌کنیم که اولین تصمیم منصفانه بوده و از تمام قوانین پیروی می‌کند.

- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست شما برای بررسی سریع به شما می‌دهیم.

اگر به درخواست سریع شما **بله** بگوییم:

- ما موافقت می‌کنیم که شما به خدمات برای مدت طولانی تری نیاز دارید.
- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات تحت پوشش را پوشش می‌دهیم.
- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.

اگر به درخواست شما برای تجدیدنظر سریع **نه** بگوییم:

- پوشش ما برای این خدمات در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت هر سهمی از این هزینه‌های خدمات درمانی را متوقف می‌کنیم.
- اگر پس از تاریخی که به شما گفتیم پوشش ما به پایان می‌رسد، به دریافت آنها ادامه دهید، هزینه کامل این خدمات را حودتان می‌پردازید.
- ما درخواست شما را به سازمان بازنگری مستقل ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.

I5. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2 جایگزین

در طی درخواست تجدیدنظر مرحله 2،

ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از نه گفتن به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما به سازمان بازنگری مستقل ارسال می‌کنیم. ما این کار را به صورت خودکار انجام می دهیم. نیازی به انجام کاری ندارید.

اگر فکر می‌کنید که این مهلت یا سایر مهلت‌ها را رعایت نکرده‌ایم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات در مورد شکایات به **بخش K**، صفحه 249 مراجعه کنید.

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدید نظر شما را به صورت سریع بررسی می‌کند. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می کنند و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.

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

اگر سازمان بازنگری مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

همچنین می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات مراقبت درمانی خود کنید. لطفا برای اطلاع از درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 216 مراجعه کنید. شما می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J**، صفحه 246 مراجعه کنید.

J. مرحله بعد از سطح 2 برای تجدیدنظر شما

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر درخواست بررسی مرحله 1 و 2 را برای خدمات یا اقلام Medicare ارائه کنید و هر دو مورد رد شود، ممکن است از این حق برخوردار باشید تا سطوح اضافی درخواست بررسی را دنبال کنید.

اگر ارزش دلاری خدمات Medicare یا موردی که درخواست کرده‌اید با حداقل مبلغ دلاری مطابقت نداشته باشد، دیگر نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدید نظر را ادامه دهید. نامه ای که از سازمان بررسی مستقل برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی توسط یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) می‌باشد. 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 **بله** بگوید، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که برای شما مطلوب است تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در مورد تصمیم را بگیریم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه هر گونه اسناد همراه برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.

- اگر تصمیم گرفتیم که این تصمیم را مورد **تجدیدنظر قرار ندهیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا قاضی وکیل، مجوز این خدمات را به شما بدهیم یا به شما ارائه دهیم.

اگر ALJ یا قاضی وکیل به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare یا (Medicare Appeals Council) درخواست تجدید نظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما **بله** بگوید یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شماست رد کند، ما حق داریم به سطح 5 تجدید نظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظرخواهی** در مورد تصمیم را گرفتیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم گرفتیم که تصمیم را **مورد تجدیدنظر قرار ندهیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز خدمات را بدهیم یا خدمات را به شما ارائه دهیم.

اگر شورا بگوید **نه** یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **بله** یا **خیر** بودن تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

J2. درخواست‌های تجدیدنظر بیشتر Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه ای که از دفتر دادرسی منصفانه دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید، چه کاری انجام دهید.

J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای Part D

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 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 مقدار دلاری مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر بروید. پاسخ کتبی که به درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدید نظر سطح 3 را بخواهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی توسط یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) می‌باشد. 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 **بله** بگوید:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم 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 بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare یا (Medicare Appeals Council) درخواست تجدید نظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما را خاتمه می‌دهد، روند تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم گرفتید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **بله** یا **خیر** بودن تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

K. نحوه ارائه شکایت

K1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟

مراحل شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرند، از جمله مشکلات مربوط به کیفیت خدمات درمانی، مدت زمان انتظار، هماهنگی مراقبت‌ها و خدمات مشتری. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که در رویهٔ 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 گذاشتن به حریم خصوصی شما	• شما فکر می‌کنید که شخصی به حق شما برای حفظ حریم خصوصی احترام نمی‌گذارد یا اطلاعات محرمانه ای را درباره شما به اشتراک گذاشته است.
بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای منفی	• ارائه‌کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی‌ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند. • برخورد کارکنان ما با شما بد بود. • اگر فکر می‌کنید که به اجبار از طرح بیرون شده اید.

شکایت	مثال
دسترسی و کمک زبانی	• شما نمی‌توانید به طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده دسترسی پیدا کنید. • پزشک یا ارائه دهنده شما مترجم برای زبان غیرانگلیسی شما (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) ارائه نمی‌دهد. • ارائه دهنده شما سایر تسهیلات معقول مورد نیاز و درخواست را به شما ارائه نمی‌دهد.
زمان‌های انتظار	• اگر برای تنظیم قرار ملاقات مشکل داشته اید یا مدت زمان زیادی در انتظار بوده اید. • پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات اعضا، یا سایر کارکنان برنامه، شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.
تمیزی	• فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• فکر می‌کنید که در ارائه اطلاعیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید قصور کرده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که اطلاعات کتبی که برایتان ارسال کرده‌ایم به سختی قابل فهم بوده اند.
وقت شناس بودن مربوط به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر	• اگر فکر می‌کنید که در تصمیم گیری درباره پوشش دهی یا پاسخگویی به درخواست تجدیدنظر شما به مهلت‌های زمانی مقرر پایبند نبوده‌ایم. • اگر فکر می‌کنید که پس از دریافت نتیجه مربوط به پوشش دهی یا درخواست تجدیدنظر، از مهلت‌های تأیید یا ارائه خدمات یا برگرداندن هزینه برخی خدمات پزشکی به شما پیروی نمی‌کنیم. • معتقدید ما پرونده شما را به موقع به سازمان بازنگری مستقل نفرستادیم.

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما شکایتی داخلی و یا شکایتی خارجی تسلیم کنید. شکایت داخلی شکایتی است که به برنامه ما تسلیم می‌شود و به دست برنامه ما بررسی می‌شود. یک شکایت خارجی توسط سازمانی که به طرح ما ارتباطی ندارد ایجاد و بررسی می‌شود. اگر برای اقامه شکایت داخلی و/یا خارجی به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با برنامه خدمات اعضا به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

> اصطلاح حقوقی برای "شکایت"، **"نارضایتی"** است.
>
> اصطلاح حقوقی برای "ارائه شکایت"، **"تسلیم نارضایتی"** است.

K2. شکایات داخلی

برای یک شکایت داخلی می توانید با خدمات اعضا به شماره تلفن 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. شما می توانید هر زمان که بخواهید شکایت کنید مگر اینکه در مورد داروی Part D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی Part D می‌باشد، باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از وقوع مشکلی که می‌خواهید در مورد آن شکایت کنید ارائه شوند.

- اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، مرکز خدمات اعضا به شما خواهد گفت.
- می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما ارسال دارید. اگر شکایت خود را به صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما کتباً پاسخ خواهیم داد.

ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم و تصمیمی ظرف 30 روز تقویمی اتخاذ نکنیم، کتباً به شما اطلاع می‌دهیم و وضعیت پرونده و زمان تخمینی دریافت پاسخ را به شما اطلاع خواهیم داد. برای مثال، به شما اطلاع خواهیم داد که دعوی مربوط به Medicare را تنها می‌توان به مدت حداکثر 14 روز تقویمی تمدید کرد. شما در موارد خاص حق دارید که برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید. این موضوع رویه "شکایت سریع" خوانده می‌شود. اگر با تصمیم ما در موقعیت‌های زیر موافق نیستید، حق دارید که برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید:

- ما درخواست شما را برای بررسی سریع درخواست برای مراقبت پزشکی یا داروهای Medicare Part D قبول نکنیم.
- ما درخواست شما را برای بررسی سریع تجدیدنظر خدمات یا داروهای Medicare Part D تأیید نشده قبول نکنیم.

- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی درخواست شما برای مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی تجدیدنظر شما در مورد عدم ارائه مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- اگر مشکل فوری دارید که خطر جدی و فوری برای سلامت‌تان ایجاد می‌کند

- شکایات مربوط به Medicare Part D باید ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن نارضایتی دارید ارائه شوند. همه انواع دیگر شکایات باید پس از وقوع سانحه یا اقدامی که موجب نارضایتی شما شده است به ما یا ارائه‌کننده تسلیم شود.
- اگر نتوانیم به شکایت شما در طول روز کاری بعدی رسیدگی کنیم، نامه‌ای ظرف 5 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت شما مبنی بر اعلام وصول ارسال خواهیم کرد.

اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای "تصمیم پوششی سریع" یا "تجدید نظر سریع" قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک پاسخ شکایت "سریع" به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد. اگر مشکل شما فوری است که مربوط به خطر فوری و جدی برای سلامتی شما می‌شود، می‌توانید برای "شکایت سریع" درخواست کنید و ما ظرف 72 ساعت پاسخ خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی برای "شکایت سریع"، **"شکایت تسریع**شده" می‌باشد.

اگر امکان داشته باشد فوراً به شما پاسخ می‌دهیم. اگر در مورد یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در جریان همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما پاسخ سریع را ایجاب می‌کند، ما همین کار را خواهیم کرد.

- ما به بیشتر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر تصمیم خود را در مدت 30 روز تقویمی نگرفتیم، به این دلیل است که به اطلاعات بیشتری نیاز داریم و مراتب را به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. همچنین یک به‌روزرسانی از وضعیت و زمان تخمین‌زده شده برای ارائه پاسخ را به شما اعلام می‌کنیم.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای "تصمیم گیری سریع درباره پوشش دهی" یا "درخواست تجدیدنظر سریع" شکایتی ارائه می‌کنید، ما به صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که زمان زیادی را صرف تصمیم گیری درباره پوشش دهی می‌کنیم، ما به صورت خودکار یک "شکایت سریع" برای شما آماده کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.

اگر با بعضی از قسمت‌ها یا کل شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع می‌دهیم و دلایلمان را در اختیار شما قرار می‌دهیم. پاسخ می‌دهیم که آیا با شکایت شما موافق هستیم یا خیر.

K3. شکایات خارجی

Medicare

می توانید شکایت خود را به Medicare بگویید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در آدرس موجود است www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

قبل از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت نزد Wellcare by Health Net ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی تلقی می‌کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می‌کند.

اگر بازخورد یا نگرانی‌های دیگری دارید یا اگر احساس می‌کنید که طرح درمانی به مشکل شما توجه نمی‌کند، لطفاً 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 از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را نزد Medi-Cal Managed Care Ombudsman در اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده California (DHCS) ثبت کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند. تماس دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.

می توانید نزد (DMHC) اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده California شکایت کنید. DMHC برای کنترل و نظارت بر طرح‌های درمانی مسئول است. شما می‌توانید برای دریافت کمک در مورد شکایات مربوط به خِدمات Medi-Cal، با مرکز پشتیبانی DMHC تماس بگیرید. اگر در مورد شکایتی که مربوط به وضعیت اورژانسی یا خطر فوری و جدی برای سلامت‌تان است، به کمک نیاز دارید یا اگر درد شدیدی را تحمل می‌کنید یا چنانچه از تصمیم برنامه ما در مورد شکایت خود ناراضی هستید، یا اگر برنامه ما به شکایت شما بعد از 30 روز تقویمی رسیدگی نکرده است، می‌توانید با DMHC تماس بگیرید.

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

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می‌توانند از شماره رایگان TTY 1-877-688-9891 استفاده کنند. این تماس رایگان است.
- از وب‌سایت سازمان خدمات درمانی هماهنگ (www.dmhc.ca.gov) بازدید کنید.

دفتر حقوق مدنی

اگر فکر می‌کنید با عدالت با شما رفتار نشده است، می‌توانید در مورد حقوق شهروندی به اداره سلامت و دفتر خدمات انسانی شکایت کنید. برای مثال، شما می‌توانید در مورد دسترس‌پذیری معلولیت یا مساعدت زبانی شکایت کنید. شماره دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید از www.hhs.gov/ocr نیز بازدید کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر حقوق مدنی به آدرس زیر تماس بگیرید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Phone: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818

همچنین ممکن است طبق قانون معلولین آمریکا و _قانون حقوق مدنی آنرو (Unruh) نیز از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید برای دریافت راهنمایی با برنامه آمبودزمان تماس بگیرید. شماره تلفن عبارت است از 1-888-452-8609 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت PST به استثنای تعطیلات تماس بگیرید.

سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید

هنگامی که شکایتتان درباره کیفیت خدمات درمانی است نیز دو انتخاب پیش رو دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را در مورد کیفیت مراقبت مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت ارائه دهید.
- شما می‌توانید شکایت خود را با سازمان بهبود کیفیت و طرح ما مطرح کنید. اگر می‌خواهید شکایتتان را برای سازمان بهبود کیفیت ارسال کنید، با آنها همکاری می‌کنیم تا به شکایتتان رسیدگی کنند.

سازمان بهبود کیفیت شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بهبود کیفیت، به **بخش H2**، صفحه 235 یا به **فصل 2** *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا، Livanta نام دارد. شماره تلفن آنها عبارت است از: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

فصل 10: خاتمه دادن به عضویت خود در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید پس از ترک طرح ما، عضویت خود را با طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامت خود پایان دهید. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید 256

B. چطور به عضویتتان در طرح ما پایان دهید 257

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal 257

C1. خدمات Medicare شما 257

C2. خدمات Medi-Cal شما 260

D. نحوه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود تا پایان عضویت‌تان در طرح ما 260

E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد 261

F. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت 262

G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید 262

A. چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. از آنجایی که Medi-Cal دارید، ممکن است بتوانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید یا یک بار در طول هر یک از **دوره‌های ثبت نام ویژه** زیر به طرح دیگری تغییر دهید:

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

علاوه بر این سه دوره ثبت‌نام ویژه، می‌توانید عضویت خود را در طرح ما در دوره‌های زمانی زیر هر سال خاتمه دهید:

- **دوره ثبت‌نام سالانه** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه آغاز می‌شود.
- **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجدشرایط تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، اگر:

- اگر از منطقه ارائه خدمات ما خارج شوید،
- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا کمک اضافی تغییر کرد، **یا**
- اگر اخیراً به خانه سالمندان یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر تحت مراقبت هستید، یا به تازگی مرخص شده‌اید.

عضویت شما در آخرین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کردیم، پایان می‌یابد. به عنوان مثال، اگر ما درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش دهی شما در طرح ما در پایان 31 ژانویه تمام می‌شود. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه در این مثال).

اگر از برنامه ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعاتی درباره مسائل زیر دریافت کنید:

- گزینه‌های انتخابی Medicare در جدول **بخش C1** صفحه 257.
- خدمات Medi-Cal در **بخش C2**، صفحه 260.

از طریق تماس با شماره‌های زیر، می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- با خدمات اعضا به شماره‌های پایین صفحه.
- به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.
- روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- بازرسی مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر یا ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov تماس بگیرید.

توجه: اگر در یک برنامه مدیریت دارو هستید، نمی‌توانید برنامه را تغییر دهید. *جهت اطلاع از طرح‌های مدیریت دارویی، به* **فصل 5**، *بخش G3، صفحه 158 از* کتابچه راهنمای اعضا *مراجعه* کنید.

B. چطور به عضویتتان در طرح ما پایان دهید

اگر می‌خواهید طرح ما را ترک کنید، گزینه‌های زیر را پیش رو دارید:

- به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید، می‌توانید در یک طرح دارو یا بهداشتی دیگر Medicare ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare هنگام خروج از برنامه ما در جدول صفحه 248 ارائه شده است.
- روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- بخش C در زیر شامل مراحلی 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

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود به شرح زیر دارید. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، شما به طور خودکار عضویت خود را در طرح ما خاتمه خواهید داد.

1. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: **یکی دیگر از برنامه‌های بهداشتی Medicare** شامل طرحی است که پوشش Medicare وMedi-Cal را ترکیب می‌کند	**این کار را بکنید:** به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته باMedicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات درباره PACE با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. **یا** در یک طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. با شروع پوشش دهی طرح جدید، عضویت شما در طرح Medicare ما به صورت خودکار لغو می‌شود. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.

2. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: **طرح Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی**	**این کار را بکنید:** به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته باMedicare به شماره 1-800-MEDICARE (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: • روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. **یا** در طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید. وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار خاتمه می‌یابد. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.

3. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:	این کار را بکنید:
طرح Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی **توجه:** اگر به طرح Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروی نسخه ای Medicare جداگانه ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت نام کند مگر اینکه به Medicare بگویید که نمی خواهید در این طرح ملحق شوید. تنها زمانی باید پوشش داروی تجویزی را قطع کنید که از یک منبعی دیگر، مانند یک کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی دریافت می‌کنید. اگر دربارهٔ نیاز یا عدم نیاز خود به پوشش بیمه دارویی سؤالی دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.	به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته باMedicare به شماره 1-800-MEDICARE (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: • روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شمارهٔ 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقهٔ خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار خاتمه می‌یابد. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤالات در مورد نحوه دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 بعدازظهر با شماره 1-844-580-7272 با Health Care Options تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. درباره اینکه پیوستن به طرح دیگری یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد، سؤال کنید.

D. نحوه دریافت خدمات پزشکی و داروهای خود تا پایان عضویت‌تان در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، مدتی طول می‌کشد تا اینکه عضویتتان تمام شود و پوشش جدید Medicare وMedi-Cal شما شروع شود. در طول این مدت، داروهای تجویزی و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که برنامه جدید شما شروع شود.

- از داروخانه های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی ما برای دریافت نسخه های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در Wellcare by Health Net به پایان می‌رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد.

E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

مواردی که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر وقفه‌ای در پوشش Medicare Part A و Part B شما وجود دارد.
- اگر دیگر واجد شرایط Medi Cal نیستید. برنامه ما برای افرادی است که واجد شرایط Medicare وMedi Cal هستند. ایالت California یا Medicare شما را از برنامه Wellcare by Health Net خارج کرده و به Original Medicare برمی گردید. اگر برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D، کمک اضافی دریافت می‌کنید، CMS شما را به طور خودکار در Medicare Prescription Drug Plan ثبت‌نام خواهد کرد. اگر بعداً دوباره واجد شرایط Medi-Cal شدید و خواستید دوباره در Wellcare by Health Net ثبت نام کنید، لازم است از طریق شماره 1-800-431-9007 روزهای دوشنبه تا جمعه از *8:00 صبح تا 5:00 عصر* تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. *به آنها بگویید که می خواهید دوباره به Wellcare by Health Net بپیوندید.*
- اگر از منطقه ارائه خدمات ما خارج شوید.
- اگر از منطقه شامل خدماتی ما برای بیش از شش ماه به دور هستید.
  - اگر جابه‌جا می‌شوید یا یک سفر طولانی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید که آیا جایی که به آن نقل مکان یا سفر می‌کنید در منطقه خدماتی طرح ما هست یا خیر.
- اگر برای جرم جنایی به بازداشتگاه یا زندان بروید.
- اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروهای تجویزی دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
- اگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.
  - شما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید تا بتوانید عضوی از برنامه درمانی ما بشوید.
  - مراکز خدمات Medicare و Medicaid در صورت عدم صلاحیت شما برای باقی ماندن در طرح به عنوان عضو، به ما اطلاع خواهند داد.
  - اگر این شرایط را نداشته باشید مجبوریم ثبت‌نام شما را لغو کنیم.

دوره صلاحیت ادامه‌دار فرضی برای طرح شش ماه است. دوره واجد شرایط بودن ادامه دار درنظرگرفته شده از اول ماه بعد از ماهی که در آن وضعیت نیازهای ویژه را از دست می دهید آغاز می شود.

ما تنها زمانی می توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که برنامه درمانی ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medicare و Medi-Cal را داشته باشیم:

- اگر عمداً به ما اطلاعات اشتباه را در هنگام ثبت نام در برنامه درمانی ما بدهید و آن اطلاعات بر روی واجد شرایط بودن شما برای برنامه درمانی ما تأثیر داشته باشد.
- اگر مرتب به روشی عمل کنید که متخل باشد و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
- اگر اجازه دهید فرد دیگری از کارت شناسایی عضویت شما برای دریافت خدمات درمانی 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. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت

ما نمی‌توانیم از شما بخواهیم که طرح ما را به هر دلیلی مرتبط با سلامت خود ترک کنید. اگر احساس می‌کنید به دلیلی که مربوط به سلامت می‌شود از شما خواسته شده که برنامه ما را ترک کنید، باید با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید

اگر ما عضویتتان در طرحمان را خاتمه دهیم، باید دلایل این کار را به صورت کتبی به شما اطلاع دهیم. همچنین باید توضیح دهیم که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما در مورد خاتمه دادن به عضویت شما، شکایت یا دعوی خودتان را ارائه دهید. به منظور کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ارائه شکایت، به **فصل 9**، بخش K، صفحه 249 از *کتابچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید.

فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی‌ای است که به عضویت شما در طرح ما مربوط می‌شود. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه *راهنمای اعضا* گنجانده شده است.

فهرست مطالب

A. اعلامیه در مورد قانون‌ها.....264

B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض 264

C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره 265

D. پیمانکاران مستقل.....266

E. تقلب در برنامه مراقبت درمانی.....266

F. شرایطی که از کنترل Wellcare by Health Net خارج هستند.....266

A. اعلامیه در مورد قانون‌ها

قوانین بسیاری به این دفترچه *راهنمای اعضا* مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند حتی اگر این قوانین در *دفترچه راهنمای اعضا* توضیح داده نشده باشد یا اضافه نشده باشد. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند، آن دسته از قوانین فدرال در رابطه با طرح‌های Medicare و Medi-Cal است. قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مربوط می‌شوند.

B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض

هر شرکت یا سازمانی که با Medicare و Medi-Cal همکاری دارد باید از قوانینی که از شما در مقابل تبعیض و رفتار نابرابر حفاظت می‌کنند تبعیت کند. ما به خاطر سن، سابقه ادعاها، رنگ پوست، قومیت، مدرک قابلیت بیمه، جنسیت، اطلاعات ژنتیک، محل جغرافیایی در محدوده خدماتی، وضعیت سلامتی، سابقه پزشکی، معلولیت ذهنی یا جسمانی، اصلیت ملی، نژاد، مذهب یا جنسیت یا گرایش جنسی تبعیض قائل نشده یا به گونه متفاوتی با شما رفتار نمی‌کنیم. به‌علاوه، ما به‌دلیل نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، افراد را به‌طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، طرد نمی‌کنیم یا با آن‌ها رفتار متفاوتی نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا چنانچه در مورد تبعیض یا رفتار غیرعادلانه نگرانی‌هایی دارید:

- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند.
- به این آدرس ایمیل بفرستید CivilRights@dhcs.ca.gov.
- فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای به این آدرس ارسال کنید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
فرم‌های شکایت در این آدرس در دسترس هستند:

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

اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض مطرح کنید، با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در

تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. همچنین می توانید به صورت کتبی با ما تماس بگیرید:

Wellcare by Health Net
Appeals & Grievances
Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450
www.wellcare.com/healthnetCA

اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی شکایت خود را نزد وزارت خدمات سلامت، دفتر حقوق شهروندی مطرح کنید:

- تلفنی: با شماره 7370-440-916-1 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی تکلم کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله ارتباطات از راه دور) تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای به این آدرس ارسال کنید:

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

  فرم‌های شکایت در این آدرس در دسترس هستند:
  .dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- به صورت الکترونیکی: به این آدرس ایمیل بفرستید CivilRights@dhcs.ca.gov

اگر معلولیتی دارید یا برای دسترسی به خدمات درمانی یا ارائه‌کننده به کمک نیاز دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی درباره مسائلی نظیر مشکل دسترسی به صندلی چرخدار دارید، مرکز خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره

گاهی اوقات شخص دیگری باید اول هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم پرداخت کند. به عنوان مثال، اگر شما در یک حادثه رانندگی بوده اید یا اگر در محل کار دچار جراحت شده اید، شرکت بیمه یا سازمان جبران خسارت کارگری باید ابتدا سهم خود را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که برای آن‌ها Medicare پرداخت کننده اول نیست جمع آوری کنیم.

ما از قوانین ایالتی و فدرال و قوانین مرتبط با تعهدات حقوقی اشخاص ثالث برای خدمات درمانی به اعضا، تبعیت می‌کنیم. ما تمام روش‌های منطقی را به کار می‌گیریم تا اطمینان حاصل کنیم که طرح Medi-Cal آخرین پرداخت کننده سهم بیمه باشد.

D. پیمانکاران مستقل

رابطه بین Wellcare by Health Net و هر ارائه‌دهنده‌ی فعال، یک رابطه پیمانکاری مستقل در نظر گرفته می‌شود. ارائه‌کنندگانی که در کار مشارکت دارند، کارمندان یا نمایندگان Wellcare by Health Net نیستند و نه Wellcare by Health Net و نه هیچ یک از کارکنان Wellcare by Health Net کارمند یا نماینده ارائه‌کننده عضو برنامه محسوب نمی‌شود. Wellcare by Health Net در هیچ موردی در قبال سهل انگاری، عمل نادرست یا کوتاهی هر یک از شرکت کنندگان یا سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی مسئولیتی نخواهد داشت. پزشکان شرکت کننده در برنامه و نه Wellcare by Health Net، رابطه پزشک - بیمار را با عضو حفظ می‌کنند. Wellcare by Health Net ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی نیست.

E. تقلب در برنامه مراقبت درمانی

تقلب در برنامه مراقبت درمانی به عنوان فریب یا به غلط وانمودن توسط ارائه‌کننده، عضو، کارمند یا هر شخصی است که از سوی آن‌ها اقدام می‌کند. این یک اقدام غیرقانونی است که قبل تعقیب است. هر شخصی که به عمد و با اطلاع قبلی در یک فعالیت با هدف کلاهبرداری از طرح مراقبت بهداشتی شرکت دارد و ادعایی را تنظیم می‌کند که حاوی اظهارات نادرست یا گول‌زننده است، مرتکب جرم کلاهبرداری از بیمه شده است.

اگر درباره هر گونه اتهامی که در یک صورتحساب یا فرم توضیح مزایا ذکر شده است، نگرانی دارید و یا از یک فعالیت غیرقانونی اطلاع پیدا کرده یا نسبت به آن مشکوک شده‌اید، از طریق خط ویژه کلاهبرداری به شماره 1-800-977-3565 با طرح ما تماس بگیرید. (TTY: 711) خط تلفن کلاهبرداری 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته و 365 روز در سال فعالیت می کند. تمام تماس‌ها کاملاً محرمانه هستند.

F. شرایطی که از کنترل Wellcare by Health Net خارج هستند

تا حدی که بلایای طبیعی، جنگ، شورش، قیام داخلی، اپیدمی، تخریب کامل یا جزئی تأسیسات، انفجار اتمی یا انتشار انرژی هسته‌ای دیگر، ناتوانی پرسنل مهم گروه پزشکی، وضعیت اضطراری یا سایر رویدادهای مشابه در محدوده کنترل طرح ما نیست، و منجر به عدم دسترسی به امکانات یا پرسنل Wellcare by Health Net برای ارائه یا ترتیب دادن خدمات یا مزایا ذکر شده در این کتابچه راهنمای اعضا، تعهد Wellcare by Health Net به ارائه چنین خدمات یا مزایا محدود به این الزام است که Wellcare by Health Net تلاشی با حسن نیت برای ارائه یا ترتیب ارائه چنین خدمات یا مزایایی در شرایط فعلی امکانات یا پرسنل خود انجام دهد.

فصل 12: تعریف واژه‌های مهم

مقدمه

این فصل شامل عبارات کلیدی و مفاهیم آن‌ها است که در *کتابچه راهنمای اعضا* به کار رفته‌اند.
اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر عبارت‌های مورد نظرتان را پیدا نمی‌کنید یا اگر به اطلاعاتی بیشتر از تعریف ارائه‌شده نیاز دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

فعالیت‌های روزمره (ADL): کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می‌دهند؛ از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن یا مسواک زدن.

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

تجدیدنظر: روشی برای شما تا اگر فکر می‌کنید مرتکب اشتباهی شده‌ایم، علیه اقدام ما اعتراض کنید. شما می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر، خواستار تغییر یک تصمیم پوششی شوید. **فصل 9** بخش E، صفحه 206 *از کتابچه راهنمای اعضا* تجدیدنظرها را توصیف می‌کند که شامل نحوه درخواست تجدیدنظر می‌باشد.

سلامت رفتاری: عبارتی جامع که به اختلالات مربوط به مصرف مواد مخدر و سلامت روان اشاره می‌کند.

داروی برند: یک داروی تجویزی که توسط شرکتی که دارو را برای اولین بار تولید کرده است، فروخته می‌شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر تهیه و فروخته می‌شوند.

هماهنگ‌کننده مراقبت: شخص اصلی که با شما، برنامه درمانی و ارائه‌کنندگان مراقبت شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند که مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

برنامه مراقبتی: به "برنامه مراقبت فردی" مراجعه کنید.

خدمات اختیاری برنامه مراقبتی (خدمات CPO): خدمات اضافی که تحت برنامه مراقبتی فردی (ICP) شما، اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست که جایگزین خدمات و حمایت‌های بلندمدتی شوند که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید.

تیم مراقبتی: به "تیم مراقبت میان‌رشته ای" مراجعه کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2**، بخش G، صفحه 33 از *دفترچه راهنمای اعضا شما* نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS): برنامه خدماتی مرکزمحور بیماران سرپایی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانواده/پرستار، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدمات را به ثبت‌نام‌کنندگان واجد شرایطی ارائه می‌کند که معیارهای لازم را داشته باشند.

شکایت: یک اظهاریهٔ کتبی یا شفاهی مبنی بر اینکه شما مشکل یا نگرانی‌ای دربارهٔ مراقبت یا خدمات تحت پوشش خودتان دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت شما، ارائه‌کنندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. نام رسمی "ارائه شکایت"، "اقامهٔ دعوی" است.

مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): مرکزی که پس از بیماری، سانحه یا جراحی عمده، عمدتاً خدامت توانبخشی ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند؛ از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس‌درمانی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

تصمیم در مورد پوشش: تصمیم در مورد اینکه ما چه مزایایی را تحت پوشش قرار دهیم. این موضوع شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می‌شود که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد. در **فصل 9،** بخش E، صفحه 206 از *کتابچه راهنمای اعضا* درباره نحوه درخواست تصمیم گیری درباره پوشش دهی از ما توضیح داده شده است.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش برنامه درمانی‌مان استفاده می‌کنیم.

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

آموزش مهارت فرهنگی: آموزش‌هایی تکمیلی برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که کمک می‌کند هرچه بهتر پس‌زمینه، ارزش‌ها و عقاید شما را بشناسند و خدمات را منطبق بر نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما ارائه کنند.

اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS): اداره ایالتی در California که برنامه Medicaid (معروف به Medi-Cal) را اداره می‌کند.

سازمان مراقبت‌های درمانی مدیریت شده (DMHC): سازمان ایالتی در California که مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به افرادی که درباره خدمات Medi-Cal شکایتی یا درخواست تجدیدنظر دارند، کمک می‌کند. DMHC همچنین بررسی‌های پزشکی مستقل (IMR) را اجرا می‌کند.

لغو عضویت: فرآیند خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

طرح نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP، Dual eligible special needs plan): طرح درمانی که به افرادی که واجد شرایط Medicare و Medi-Cal هستند خدمات می‌دهد. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات با دوام پزشکی (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از: صندلی چرخ‌دار، عصا، سیستم تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت بیمارستان که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در منزل سفارش داده شده، پمپ‌های تزریق وریدی، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

اضطراری: یک اورژانس پزشکی زمانی که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در مورد بهداشت و پزشکی، معتقد باشید که علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت فوری پزشکی برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن یک عضو بدن، یا از دست دادن یا آسیب جدی به عملکرد بدن (و اگر شما یک زن باردار هستید، از دست دادن یک کودک متولد نشده) دارد. علائم پزشکی ممکن است یک مصدومیت جدی یا درد شدید باشد.

مراقبت اضطراری: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌دهندهٔ آموزش‌دیده برای ارائهٔ خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای درمان یک وضعیت پزشکی یا سلامت رفتاری اضطراری لازم هستند.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های خاص.

کمک اضافی: برنامه Medicare که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین "یارانه کم‌درآمدها" یا "LIS" خوانده می‌شود.

داروی ژنریک: یک داروی نسخه‌ای که برای استفاده به جای داروی برند به تصویب دولت فدرال رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. این دارو معمولاً ارزان‌تر بوده و همان تأثیر داروی برند را دارد.

نارضایتی: شکایتی که علیه ما یا یکی از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های شبکه ما تسلیم می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط برنامه درمانی شما می‌شود.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2**، بخش E، صفحه 31 از *دفترچه راهنمای اعضا شما* نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

برنامه درمانی: سازمانی که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌کنندگان تشکیل شده است. این طرح دارای هماهنگ‌کنندهٔ مراقبت است که به شما در مدیریت همهٔ ارائه‌کننده‌ها و خدمات کمک می‌کند. همه آنها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز شما را ارائه دهند.

ارزیابی مخاطره سلامت: بررسی تاریخچه پزشکی شما و عارضه کنونی. برای آگاهی از سلامتی شما و اینکه چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می‌شود.

کمک بهداشتی در منزل: شخصی که خدماتی را ارائه می‌کند که به مهارت‌های پرستار یا درمانگر مجاز نیاز ندارد؛ از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های تجویزشده). امدادگران مراقبت بهداشت در منزل، مجوز پرستاری ندارند و درمان ارائه نمی‌کنند.

مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج: برنامه‌ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که بیماری مهلک دارند تا به آن‌ها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. بیماری مهلک یعنی شخص بیماری لاعلاجی دارد و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی‌اش باقی مانده باشد.

- هر ثبت‌نام‌کننده‌ای که بیماری لاعلاج دارد، می‌تواند مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج را انتخاب کند.
- گروهی از متخصصین و مراقبت‌کننده‌هایی که کارآموزی ویژه دیده‌اند تا مراقبت را برای شخص کامل ارائه‌کنند که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می‌شود.

- ما موظفیم فهرستی از ارائه دهندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صدور صورتحساب نادرست/بی‌مورد: وضعیتی که در آن خدمات‌دهنده (اعم از پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ تسهیم هزینه ما برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. اگر صورتحسابی دریافت کرده اید که آن را متوجه نمی‌شوید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

به دلیل اینکه ما کل هزینه خدمات را پرداخت می‌کنیم، شما سهمی در پرداخت هزینه **ندارید**. ارائه‌کنندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.

بررسی مستقل پزشکی (IMR): اگر درخواست شما را برای خدمات یا درمان پزشکی قبول نکنیم، می‌توانید از ما درخواست تجدیدنظر کنید. اگر با تصمیم ما موافق نباشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، از جمله منابع و داروهای DME، می‌توانید از سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care) درخواست IMR کنید. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی می‌باشد که بخشی از برنامه درمانی ما نیستند. اگر تصمیم گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

مراقبت درمانی شخصی شده (ICP یا برنامه مراقبتی): برنامه‌ای برای خدماتی که دریافت می‌کنید و نحوه دریافت آن‌ها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت شود.

بیمار بستری: عبارت مورد استفاده برای مواقعی که به طور رسمی در بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرفته شده‌اید. اگر به طور رسمی بستری نشده باشید، حتی اگر برای تمام شب در بیمارستان باشید ممکن است به عنوان بیمار سرپایی محسوب شوید، نه بستری.

تیم مراقبت میان رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبتی): یک تیم مراقبتی متشکل از پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان درمانی که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان در دسترس شما هستند. تیم مراقبتی شما برای ایجاد یک برنامه مراقبتی نیز به شما کمک خواهد کرد.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما تحت پوشش قرار می‌دهیم. ما داروهای موجود در این لیست را با کمک 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 "دارونامه" خوانده می‌شود.

خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS): خدمات و حمایت‌های بلندمدت که به بهبود عارضه پزشکی بلند مدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خودتان بمانید تا لازم نباشد که به آسایشگاه یا بیمارستان بروید. LTSS شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه محلی ((CBAS، و همچنین مراکز پرستاری (NF) می‌شود.

یارانه کم درآمدی (LIS): به بخش "کمک اضافی" مراجعه کنید.

برنامه سفارش پستی. برخی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه سفارش پستی ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا میزان حداکثر 3 ماه از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش خود را مستقیماً به خانه‌تان ارسال کنید. این ممکن است یک راه مقرون به صرفه و راحت برای دریافت نسخه‌هایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت California می باشد. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود.

- این برنامه به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلندمدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت هستند اما اگر واجد شرایط Medicare و Medicaid باشید، اکثر هزینه‌های درمانی تحت پوشش هستند.
- به منظور کسب اطلاعات درباره نحوه تماس با Medi-Cal به **فصل 2**، بخش H، صفحه 34 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

برنامه‌های Medi-Cal: برنامه‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت، تجهیزات پزشکی و حمل و نقل. مزایای Medicare جدا هستند.

ضرورت پزشکی: این عبارت خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت فعلی به آن‌ها نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می‌کند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. ضرورت پزشکی به همه خدمات تحت پوشش اشاره دارد که استفاده از آن‌ها برای حفظ زندگی، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت چشمگیر، یا تخفیف درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری، یا جراحت، منطقی و لازم می‌باشد.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال به بالا، بعضی افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص و اشخاصی که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (افراد مبتلا به نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند). اشخاص عضو Medicare می توانند پوشش درمانی خود را از طریق Medicare اصلی یا برنامه مراقبت های هماهنگ دریافت کنند (به "برنامه درمانی" مراجعه کنید.

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare که به آن "Medicare بخش C" یا "MA" نیز گفته می‌شود و برنامه‌هایی را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها هزینه‌ای پرداخت می‌کند تا مزایای Medicare شما را تحت پوشش قرار دهد.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Part A Medicare و Part B.
همه برنامه‌های درمانی شامل برنامه درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Part A Medicare و Part B هستند را پوشش دهند.

ثبت‌نام شونده در Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجد شرایط است. شخص ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medi-Cal "شخص واجد شرایط دوگانه" نیز خوانده می‌شود.

Medicare Part A: برنامه Medicare که بیشتر مراقبت‌های بیمارستانی، مرکز پرستاری حرفه‌ای، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت آسایشگاهی بیماران لاعلاج که دارای ضرورت پزشکی باشند را پوشش می‌دهد.

Medicare Part B: برنامه Medicare که خدمات (از قبیل تست‌های آزمایشگاهی، جراحی و ویزیت‌های پزشک) و لوازم (از قبیل صندلی چرخ‌دار و واکر) دارای ضرورت پزشکی برای درمان بیماری یا عارضه را تحت پوشش قرار می‌دهد. Medicare Part B بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را نیز پوشش می‌دهد.

Medicare Part C: برنامه Medicare، همچنین به عنوان "Medicare Advantage" یا "MA" شناخته می‌شود که به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق طرح Medicare Advantage ارائه کنند.

Medicare Part D: برنامه مزایای داروی نسخه‌ای Medicare. (ما این برنامه را به طور مختصر " Part D " می‌نامیم.) Part D داروهای تجویزی بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare Part A یا Part B یا Medi-Cal نیستند را پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare Part D است.

داروهای Medicare Part D: داروهای تحت پوشش Part D Medicare. کنگره به طور خاص دسته‌های خاصی از داروها را از پوشش Part D خارج می‌کند. Medi-Cal ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی: یک گروه متمایز از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5، بخش G2 صفحه 154 *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده، در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

***کتابچه راهنمای اعضا* و اطلاعات افشا:** این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقیه یا سایر اسناد پوشش اختیاری انتخاب‌شده که پوشش شما و آنچه باید انجام دهید، حقوق شما و آنچه به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را توصیف می‌کند.

خدمات اعضا: بخشی در برنامه ما که مسئول پاسخگویی به سؤالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات و تجدیدنظرخواهی‌ها می‌باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات اعضا به **فصل 2**، بخش A، صفحه 20 *از کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: داروخانه‌ای (دراگ استوری) که پذیرفته است تا نسخه‌ها را برای اعضای برنامه ما بپیچد. به این دلیل به آن‌ها "داروخانه‌های شبکه" می‌گوییم که موافقت کرده‌اند با برنامه ما همکاری کنند. در اکثر مواقع، ما هزینه نسخه‌ها را صرفاً در صورتی پرداخت می‌کنیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشد.

ارائه‌کننده شبکه: "ارائه‌کننده" یک اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این عبارت شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های مراقبت خانگی، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت را در اختیار شما قرار می‌دهند نیز می‌شود.

- این ارائه‌کنندگان دارای گواهینامه یا مجوز از سوی Medicare و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی هستند.
- زمانی که موافقت کنند با طرح درمانی همکاری کرده، پرداخت ما را بپذیرند و مبلغ بیشتری از اعضای ما مطالبه نکنند، ما به آنها "ارائه دهندگان شبکه" می‌گوییم.
- مادامی که عضو طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. ارائه‌کنندگان شبکه "ارائه‌کنندگان برنامه" نیز خوانده می‌شوند.

آسایشگاه یا مرکز پرستاری: مکانی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

آمبودزمان: دفتری در ایالت شماست که به عنوان وکیل از طرف شما فعالیت دارد. اگر مشکل یا شکایتی دارید می توانند به شما کمک کنند متوجه شوید که باید چه کاری انجام دهید. شما می توانید اطلاعات بیشتر را در **فصل های 2**، بخش I، صفحه 33 و **فصل 9** بخش D، صفحه 206 از *کتابچه راهنمای اعضای* خود بیابید.

تصمیم سازمان: هنگامی که ما، یا یکی از ارائه دهندگان ما درباره اینکه آیا خدماتی تحت پوشش قرار بگیرند یا خیر و اینکه شما چه مقدار باید برای خدمات تحت پوشش پرداخت کنید، تصمیمی می‌گیریم در واقع طرح یک تعیین سازمانی انجام می‌دهد. تعیین‌های سازمانی با عنوان "تصمیم‌های مربوط به پوشش دهی" عنوان شده اند.
فصل 9، بخش E، صفحه 206 از کتابچه راهنمای اعضا تصمیمات پوشش را توضیح می‌دهد.

Original Medicare (Medicare استاندارد یا Medicare هزینه در مقابل خدمات):
دولت Original Medicare را ارائه می‌دهد. به موجب Original Medicare، خدمات از طریق پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت به میزان مشخص‌شده توسط کنگره 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: Part A (بیمه بیمارستانی) و Part B (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در هر کجای ایالات متحده در دسترس می‌باشد.

- اگر نمی‌خواهید در طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده است تا با برنامه ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای برنامه ما همکاری کند. طرح ما بیشتر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج -از - شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌کننده یا مرکزی که تحت استخدام، مالکیت یا اداره برنامه درمانی ما نیست و برای ارائه خدمات به اعضای برنامه ما قرارداد ندارد. **فصل 3**، بخشD4 ، صفحه 55 از *کتابچه راهنمای اعضا* ارائه دهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توصیف می‌کند.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه به هر نوع دارویی گفته می‌شود که فرد بدون داشتن نسخه از پزشک می‌تواند آنها را تهیه کند.

Part A: به "Medicare Part A" مراجعه کنید.

Part B: به "Medicare Part B" مراجعه کنید.

Part C: به "Medicare Part C" مراجعه کنید.

Part D: به "Medicare Part D" مراجعه کنید.

داروهای Part D: داروهای Medicare Part D :

اطلاعات سلامت شخصی (که به آن اطلاعات سلامت محافظت‌شده نیز گفته می‌شود) (PHI): اطلاعاتی درباره شما و وضعیت سلامت‌تان مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، سابقه ویزیت‌های پزشک و سوابق پزشکی. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و واگذاری PHI شما به علاوه حقوق شما در رابطه باPHI شما به روال‌های اعلامیه محرمانگی مراجعه کنید.

ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP): پزشک یا سایر ارائه‌کنندگانی که برای اغلب مشکلات سلامت ابتدا نزد او می‌روید. وی مطمئن می‌شود که مراقبت لازم را برای حفظ سلامتی خود دریافت کنید.

- وی ممکن است با پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کند یا شما را به آن‌ها ارجاع کند.
- در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه خود بروید.
- به منظور کسب اطلاعات مربوط به دریافت خدمات درمانی از ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به **فصل 3**، بخش D، صفحه 50 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

مجوز قبلی: یک مجوز قبلی که قبل از دریافت خدمات یا داروی خاص یا مراجعه به ارائه‌کننده خارج از شبکه باید آن را از ما دریافت کنید. در صورت عدم دریافت تأیید قبلی، ممکن است طرح ما این خدمات یا داروها را تحت پوشش قرار ندهد.

طرح ما برخی از خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر از ما مجوز قبلی دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به تأییدیه قبلی نیاز دارد در جدول مزایای **فصل 4**، بخش D، صفحه 77 از *کتابچه راهنمای اعضا* مشخص شده است.

طرح ما فقط در صورت دریافت مجوز قبلی از ما، برخی از داروها را پوشش می‌دهد.

- داروهای تحت پوششی که به مجوز قبلی ما نیاز دارند در *فهرست داروهای تحت پوشش* علامت زده شده‌اند.

برنامه برای برنامه‌های مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به طور مشترک برای اشخاصی پوشش می‌دهد که بیش از 55 سال سن دارند و برای زندگی در خانه خودشان، به سطح بالایی از مراقبت نیازمندند.

پروتز و ارتوپدی: دستگاه های پزشکی توصیه شده توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که برخی از آن‌ها عبارتند از بریس‌های بازو، کمر و گردن؛ اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی عضو داخلی یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه با لوله انترال و پارنترال.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصان درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اعضای Medicare کمک می‌کنند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران به QIO پول می‌پردازد. برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO به **فصل 2**، بخش F، صفحه 32 از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

محدودیت‌های مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ما ممکن است مورد مقدار دارویی که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم را محدود کنیم.

ارجاع: ارجاع تأییدیه ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه شما (PCP) برای استفاده از ارائه دهنده‌ای غیر ازPCP تان است. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم. برای ویزیت توسط بعضی متخصصان خاص مثل متخصص زنان نیازی به ارجاع ندارید. شما می توانید اطلاعات بیشتر در مورد ارجاعات را در **فصل های 3**، بخش B، صفحه 47 و **فصل 4**، بخش D، صفحه 77 *کتابچه راهنمای اعضا* بیابید.

خدمات توانبخشی: درمانی که دریافت می‌کنید تا از بیماری، سانحه یا جراحی عمده بهبود پیدا کنید. جهت اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی به **فصل 4**، بخش D، صفحه 77 از *کتابچه راهنمای اعضاء* مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STIها)، HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تایید کننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

منطقه خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که برنامه درمانی چنانچه عضویت را بر اساس محل زندگی اشخاص محدود کند، اعضای واقع در آن منطقه را می‌پذیرد. در مورد طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کند، به صورت کلی منطقه ای که می‌توانید خدمات روتین (غیر اورژانس) را دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند طرح ما را دریافت کنند.

سهیم هزینه: بخشی از سهم هزینه‌های درمانی شما که خود باید هر ماه و پیش از اجرایی شدن مزایایتان آن را پرداخت کنید. میزان سهم هزینه شما بسته به درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (SNF): یک مرکز پرستاری با پرسنل و تجهیزات برای ارائه خدمات پرستاری حرفه‌ای و در اکثر موارد خدمات بازپروری حرفه‌ای و سایر خدمات درمانی مربوطه.

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاری حرفه‌ای ارائه‌شده به صورت پیوسته و روزانه در یک مرکز پرستاری حرفه‌ای. نمونه‌های مراقبت در مرکز پرستاری حرفه‌ای شامل فیزیوتراپی یا تزریقات وریدی (IV) است که توسط یک پرستار یا پزشک ثبت‌شده انجام می‌شود.

متخصص: پزشکی است که برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن مراقبت درمانی ارائه می‌کند.

داروخانه تخصصی: جهت اطلاعات بیشتر درباره داروخانه تخصصی به فصل 5، بخش A5، صفحه 143 از *کتابچه راهنمای اعضاء* مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه دهنده‌ای دیگر درخواست خدمات Medi-Cal دارد که ما تأیید نمی‌کنیم، یا اگر ما دیگر هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نکنیم، شما از این حق برخوردار هستید تا درخواست دادرسی و بررسی ایالتی داشته باشید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان گام‌به‌گام: یک قانون پوشش دهی که بر اساس آن ابتدا باید دارویی دیگر را امتحان کنید پیش از اینکه داروی مورد نظرتان را تحت پوشش قرار دهیم.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (SSI): مزایای ماهانه که خدمات اجتماعی را به اشخاصی پرداخت می‌کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند. SSI به طور خودکار پوشش Medi-Cal را فراهم می‌کند.

مراقبت‌های فوری: مراقبتی که برای بیماری ناگهانی، مصدومیت یا عارضه‌ای دریافت می‌کنید که اورژانسی نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. می‌توانید مراقبت‌هایی که نیاز فوری دارند را در صورتی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید که ارائه‌دهندگان شبکه موجود نبوده یا نمی‌توانید به آنها دسترسی پیدا کنید.

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Wellcare by Health Net follows State and Federal civil rights laws. Wellcare by Health Net does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Wellcare by Health Net provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Wellcare by Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. If you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007
TTY: 711

How to File a Grievance

If you believe that Wellcare by Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Member Services. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare by Health Net's Civil Rights Coordinator by calling **1-866-458-2208**. Between 8 a.m. and 5 p.m., Monday through Friday. Or, if you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
  Wellcare Civil Rights Coordinator
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare by Health Net and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Wellcare by Health Net's website at **www.wellcare.com/healthnetCA**.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
  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

  Complaint forms are available at **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**
- **Electronically:** Send an email to **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007**. تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian). ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431- 9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian)៖ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-431- 9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese)：注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務為免費服務。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-800-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-800-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語（Japanese）：注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສຳຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท **1-800-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian). УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

خدمات اعضای Wellcare by Health Net

تلفن تماس	1-800-431-9007 تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. همچنین خدمات ترجمه رایگان مرکز خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی است.
TTY	711 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. با این حال، لطفاً توجه داشته باشید که در تعطیلات آخر هفته و تعطیلات از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، سیستم تلفن خودکار ما ممکن است به تماس شما پاسخ دهد. لطفا نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.
با این آدرس مکاتبه کنید	Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658
وب‌سایت	www.wellcare.com/healthnetCA