

Health Net of California, Inc. ارائه شده توسط Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)

اعلامیه تغییرات سالانه برای سال 2023

مقدمه

شما در حال حاضر به عنوان عضوی از طرح ما ثبت نام کرده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایای برنامه درمانی، پوشش بیمه، قوانین و هزینه‌ها اعمال خواهد شد. در این اعلامیه تغییرات سالانه درباره این تغییرات و چگونگی پیدا کردن اطلاعات بیشتر در مورد تغییرات اطلاعاتی به شما داده می‌شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد هزینه‌ها، مزایا یا قوانین، لطفاً کتاب راهنمای اعضا را که در وبسایت ما به نشانی <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> موجود است مطالعه کنید. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت	3
B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal برای سال آینده	3
B1. منابع اضافی	4
B2. اطلاعاتی درباره طرح ما	6
B3. کارهای مهمی که باید انجام دهید	7
C. تغییرات در نام طرح ما	8
D. تغییرات در ارائه‌دهنده‌های شبکه و داروخانه‌های درون شبکه	8
E. تغییر در مزایا و هزینه‌ها در سال آینده	8
E1. تغییر در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی	8
E2. تغییرات در پوشش بیمه داروی تجویزی	12
F. تغییرات اداری	15
G. انتخاب یک طرح	16
G1. ماندن در طرح ما	16

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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 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. برای کسب اطلاعات بیشتر، از این وبسایت بازدید کنید: <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>



- 16.....G2. تغییر طرح‌ها
- 19.....H. کمک گرفتن
- 20.....H1. طرح ما
- 20.....H2. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت
(Health Insurance Counseling and Advocacy Program ،HICAP)
- 20.....H3. برنامه Ombuds
- 21.....H4. Medicare
- 21.....H5. California Department of Managed Health Care



A. سلب مسئولیت

- ❖ این فهرست کامل نیست. اطلاعات مربوط به مزایا خلاصه‌ای کوتاه است و توضیح کامل مزایا محسوب نمی‌شود. برای اطلاعات بیشتر با طرح تماس بگیرید یا دفترچه راهنمای اعضای Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) را مطالعه کنید.
- ❖ 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.
- ❖ مزایای ذکر شده ممکن است بخشی از مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران دارای بیماری مزمن باشد. همه اعضا واجد شرایط نیستند.

B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal برای سال آینده

وقتی این اعلامیه سالانه تغییرات می‌گوید «ما»، «به ما»، «ما»، «طرح ما» به معنای Medicare Medi-Cal Coordination Plan است.

مهم است که اکنون پوشش بیمه خود را بررسی کنید و مطمئن شوید که در سال آینده نیز همچنان نیازهای شما را برطرف می‌کند. اگر پوشش بیمه‌تان نیازهای شما را برطرف نمی‌کند ممکن است بتوانید طرح ما را ترک کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش E مراجعه کنید.

اگر تصمیم بگیرید که از طرح ما خارج شوید، عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست ارائه شده است تمام می‌شود. تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند.

اگر از برنامه ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعاتی درباره مسائل زیر دریافت کنید:

- Medicare options در جدول بخش G2.
- خدمات Medi-Cal در بخش G2.



B1. منابع اضافی

- **انتباه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمنية 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 و 31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و 30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ:** Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թադալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 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.: Չանգս անվճար է:
- **ចំណាំ:** ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តា កាឡុក 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។
- **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。
- **توجه:** اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تگالوگ 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.
- **. 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.

- **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.
- **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.
- **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.
- **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 /علامیه تغییرات سالانه را به قالب‌های دیگر مانند چاپ با حروف بزرگ، 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. تماس رایگان است.



- **Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)** 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.
- یا
- 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 Dual Align 129 (HMO D-SNP) به این شماره تماس بگیرید (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.

B2. اطلاعاتی درباره طرح ما

- **Wellcare by Health Net** یک برنامه درمانی طرف قرارداد Medicare و Medi-Cal است که مزایای هر دو برنامه را در اختیار اعضا قرار می‌دهد.
- پوشش به موجب **Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)** پوشش درمانی واجد شرایط کننده‌ای 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.

B3. کارهای مهمی که باید انجام دهید

- بررسی کنید آیا تغییری در مزایا و هزینه‌های ما وجود دارد که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد.
 - آیا تغییراتی هست که خدمات مورد استفاده شما را تحت تأثیر قرار دهد؟
 - تغییرات مزایا و هزینه را مرور کنید تا مطمئن شوید آنها برای شما در سال آینده مناسب هستند.
 - برای اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایا و هزینه در برنامه درمانی ما و هزینه‌ها به **بخش E1** مراجعه کنید.
- ببینید که چگونه تغییرات پوشش بیمه ما برای داروی تجویزی ممکن است روی شما اثر بگذارد.
 - آیا داروهای شما تحت پوشش قرار می‌گیرد؟ آیا این داروها در رده دارویی متفاوتی قرار دارند؟ آیا می‌توانید از داروخانه‌های قبلی استفاده کنید؟
 - این تغییرات را برای اطمینان از مفید بودن پوشش بیمه دارویی‌مان در سال آینده مرور کنید.
 - برای اطلاعات درباره تغییرات در پوشش بیمه دارویی ما به **بخش E2** مراجعه کنید.
- حضور ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌های خود در شبکه ما را جهت سال آینده بررسی کنید.
 - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصان، در شبکه ما هستند؟ داروخانه‌ها چطور؟ بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌دهنده‌هایی که استفاده می‌کنید چطور؟
 - برای کسب اطلاعات درباره فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌های ما، به **بخش D** مراجعه کنید.
- درباره هزینه‌های کلی برنامه درمانی فکر کنید.
 - چقدر باید از جیب خود برای خدمات و داروهای تجویزی که معمولاً استفاده می‌کنید بپردازید؟
 - کل هزینه‌ها چگونه در برابر دیگر موارد پوشش بیمه قابل قیاس است؟
- درباره رضایت از برنامه درمانی ما فکر کنید.

اگر تصمیم گرفتید که برنامه درمانی را تغییر دهید:

اگر فکر می‌کنید که پوشش بیمه دیگری نیازهای شما را بهتر برآورده می‌کند ممکن است بتوانید برنامه درمانی را عوض کنید (جهت اطلاعات بیشتر به **بخش G2** مراجعه کنید). اگر در برنامه درمانی جدیدی ثبت‌نام کنید یا به Original Medicare تغییر دهید، پوشش بیمه جدید شما در اولین روز ماه بعدی شروع می‌شود.

اگر تصمیم دارید در طرح Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) بمانید:

اگر می‌خواهید سال آینده نیز با ما بمانید، انجام این کار آسان است؛ نیازی نیست که کاری انجام دهید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به طور خودکار در Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) ثبت‌نام می‌شوید.

C. تغییرات در نام طرح ما

در 1 ژانویه 2023، نام طرح ما از Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) به Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) تغییر می‌کند.

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) یک کارت شناسایی برای عضو جدید از طریق پست برای شما ارسال می‌کند. همچنین ممکن است نامه‌های بیشتری با نام طرح جدید دریافت کنید.

D. تغییرات در ارائه‌دهنده‌های شبکه و داروخانه‌های درون شبکه

شبکه‌های ارائه‌دهنده و داروخانه ما برای سال 2023 تغییر کرده است.

ما قویاً شما را تشویق می‌کنیم تا **فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه فعلی خود را بررسی کنید** تا ببینید آیا ارائه‌دهندگان یا داروخانه شما هنوز در شبکه ما هستند یا خیر. **فهرست به روز ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها در وبسایت ما به آدرس**

<https://wellcare.healthnetcalifornia.com> موجود است. همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات به‌روزرسانی‌شده ارائه‌دهنده، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه را برای شما ایمیل کنیم.

مهم است بدانید که ممکن است در طول سال نیز در شبکه ما تغییراتی اعمال شود. اگر ارائه‌دهنده شما برنامه درمانی ما را ترک کند، شما حقوق و پوشش‌های خاصی دارید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 3 دفترچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

E. تغییر در مزایا و هزینه‌ها در سال آینده

E1. تغییر در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی

ما در حال ایجاد تغییراتی در پوشش بیمه خدمات پزشکی خاص و مبلغی که شما برای این خدمات پزشکی تحت پوشش در سال آینده می‌پردازید هستیم. جدول زیر این تغییرات را نشان می‌دهد.

2023 (سال بعد)	2022 (امسال)	
علاوه بر مزایای دندانپزشکی تحت پوشش Medicare، طرح Medi-Cal خدمات و اقدامات دندانپزشکی اضافی را نیز پوشش می‌دهد. حداکثری برای کمک هزینه طرح وجود ندارد. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به آنها نیست: - کراون - فلزات نجیب - هر 5 سال تقویمی یک بار - پروتزهای دندانی - هر 2 سال تقویمی در هر فک - بریج - هر 5 سال تقویمی برای هر دندان محدودیت‌ها و استثنائاتی اعمال می‌شود. می‌توانید جزئیات مربوط به مزایای دندانپزشکی Medi-Cal خود را در اینجا https://smilecalifornia.org/ بیابید	علاوه بر مزایای دندانپزشکی تحت پوشش Medi-Cal، حداکثر کمک هزینه مزایای طرح \$1,000 برای خدمات و اقدامات دندانپزشکی تحت پوشش طرح وجود دارد.	خدمات دندانپزشکی - دندانپزشکی معمولی
کمک هزینه‌ای به شرح زیر دریافت می‌کنید هر ماه \$50 برای خرید محصولات خوارباری واجد شرایط از خرده فروشان شرکت کننده دریافت می‌کنید. اگر این کمک هزینه مصرف نشود، به ماه بعد منتقل نمی‌شود.	Healthy Foods Card تحت پوشش نیست.	Healthy Foods Card 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 راه‌های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند:
ممکن است ارجاعیه لازم باشد	ارجاع لازم نیست.	خدمات شنوایی

2023 (سال بعد)	2022 (امسال)	
طرح شما علاوه بر خدمات ارائه شده از طریق Medi-Cal، خدمات پشتیبانی در منزل زیر نیز ارائه می‌دهد: شما هر سال برای 12 بازدید \$0 پرداخت مشترک می‌پردازید. خدمات شامل نظافت، کارهای خانه و تهیه غذا و همچنین ارائه کمک در انجام فعالیت‌های روزمره می‌باشد. خدمات توسط فروشنده طرف قرارداد ارائه می‌شود. محدودیت‌ها و شرایطی اعمال می‌شود.	خدمات پشتیبانی در خانه پوشش داده نمی‌شوند.	خدمات پشتیبانی در خانه
به مجوز قبلی نیاز نیست.	ممکن است پیش‌تأییدیه لازم باشد.	خدمات سرپایی خون
سهام شما \$0 است شما در هر سه ماهه یک مزایای \$ 260 دریافت می‌کنید تا از طریق خرید پستی یا خردهفروش‌های شرکت‌کننده، آن را برای محصولات واجد شرایط بدون نسخه (OTC) خرج کنید. این مزایا اگر مصرف نشود به دوره بعدی منتقل نمی‌شود ممکن است پیش‌تأییدیه لازم باشد.	سهام شما \$0 است شما در هر سه ماهه یک مزایای \$ 155 دریافت می‌کنید تا از طریق خرید پستی یا خردهفروش‌های شرکت‌کننده، آن را برای محصولات واجد شرایط بدون نسخه (OTC) خرج کنید. این مزایا اگر مصرف نشود به دوره بعدی منتقل نمی‌شود به مجوز قبلی نیاز نیست.	داروهای بدون نسخه (OTC) خدمات پاپ‌شکی



برای مزایای طرح زیر باید راهبردهای واجد شرایط بودن را داشته باشید. علاوه بر این، ممکن است شرکت در یک برنامه مدیریت مراقبت در طرح ما لازم باشد. تحويل مواد غذایی تحت پوشش نیست. پشتیبانی حیوانات خدمات رسان پوشش داده نمی شود. سهام شما \$0 است در صورت واجد شرایط بودن، این طرح یک دبیت کارت Visa از پیش پرداخت شده با محدودیت \$75 در ماه برای کمک به پوشش هزینه های آب و برق خانه شما ارائه می دهد. تمامی دلارهای مزایای استفاده نشده Utility Flex Card در پایان هر ماه منقضی می شود. خدمات قبض تأیید شده برای این مزیت عبارتند از: - تأسیسات برق، گاز، بهداشت و آب -خدمات تلفن ثابت -سرویس تلویزیون کابلی - هزینه های سوخت معین حیوان خانگی روباتیک همراه پوشش داده نمی شود.	برای مزایای طرح زیر باید راهبردهای واجد شرایط بودن را داشته باشید. علاوه بر این، ممکن است شرکت در یک برنامه مدیریت مراقبت در طرح ما لازم باشد. تحويل مواد غذایی: سهام شما \$0 است در صورت واجد شرایط بودن، ممکن است یک عضویت از پیش پرداخت شده برای فروشنده خدمات تحويل مواد غذایی تحت قرارداد این طرح و حداکثر \$50 در ماه برای خرید اقلام مواد غذایی مورد تایید طرح دریافت کنید. یک حداقل محدودیت سفارش به میزان \$35 در هر تحويل وجود دارد. در پایان ماه، هیچ مزایای استفاده نشده ای منتقل نمی شود. خدمات پشتیبانی حیوانات: سهام شما \$0 است در صورت واجد شرایط بودن، ممکن است \$50 در ماه برای کمک به پوشش هزینه اقلام خاص برای حیوان خدمات رسان مورد تایید ADA خود دریافت کنید. این مزایا نمی تواند برای پوشش هزینه های دامپزشک یا اسباب بازی ها استفاده شود و هر دلار سود استفاده نشده در پایان هر ماه منقضی می شود. حیوان خانگی همراه رباتیک: سهام شما \$0 است در صورت واجد شرایط بودن، ممکن است یک گربه یا سگ همراه واکنش دهنده از فروشنده طرف قرارداد دریافت کنید. نوع حیوان خانگی مشروط به در دسترس بودن است. مزایا محدود به یک حیوان خانگی برای هر عضو در سال است.	مزایای مکمل ویژه برای بیماران مزمن SSBCI, Special Supplemental Benefits for (Chronically) (ادامه) مزایای مکمل ویژه برای بیماران مزمن SSBCI, Special)
--	--	---

2023 (سال بعد)	2022 (امسال)	
		Supplemental Benefits for (Chronically)
ممکن است ارجاعیه لازم باشد	ارجاع لازم نیست.	خدمات بینایی
شما برای هر سرویس تحت پوشش مبلغ \$95 پرداخت مشترک می‌پردازید.	شما برای هر سرویس تحت پوشش مبلغ \$120 پرداخت مشترک می‌پردازید.	پوشش اورژانسی در سراسر جهان.
برای خدمات اضطراری و مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده، هر سال تا سقف \$50000 تحت پوشش قرار می‌گیرد.	برای خدمات اضطراری و مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده، هر سال تا سقف \$50000 تحت پوشش قرار می‌گیرد.	
شما برای هر سرویس تحت پوشش مبلغ \$95 پرداخت مشترک می‌پردازید.	شما برای هر سرویس تحت پوشش مبلغ \$120 پرداخت مشترک می‌پردازید.	پوشش مراقبت فوری در سراسر جهان
برای خدمات اضطراری و مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده، هر سال تا سقف \$50000 تحت پوشش قرار می‌گیرد.	برای خدمات اضطراری و مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده، هر سال تا سقف \$50000 تحت پوشش قرار می‌گیرد.	

E2. تغییرات در پوشش بیمه داروی تجویزی**تغییرات در فهرست داروهای ما**

نسخه بهروز فهرست داروهای تحت پوشش در وبسایت ما به آدرس <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> موجود است. همچنین می‌توانید برای اطلاعات دارویی بهروز شده از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرستی از داروهای تحت پوشش را برای شما پست کنیم.

فهرست داروهای تحت پوشش «فهرست دارو» نیز نامیده می‌شود.

فهرست داروی ما تغییراتی کرده است، از جمله تغییر در داروهای تحت پوشش و تغییر در محدودیت‌هایی که به پوشش بیمه ما برای برخی داروهای خاص اعمال می‌شود.

فهرست دارو را بررسی کرده تا مطمئن شوید که داروهای شما سال آینده تحت پوشش قرار دارد و از هر گونه محدودیتی آگاه شوید.

اگر تغییری در پوشش بیمه، داروی شما را تحت تاثیر قرار می‌دهد شما را تشویق می‌کنیم که:

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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 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. برای اطلاعات بیشتر، از <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> بازدید کنید. 12



- با پزشک خود (یا یک تجویزکننده دیگر) همکاری کنید تا دارویی متفاوت پیدا کنید که تحت پوشش ما قرار دارد.
 - می‌توانید از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید تا فهرستی از داروهای تحت پوشش را که همان بیماری را درمان می‌کنند درخواست کنید.
 - این فهرست می‌تواند به ارائه‌دهنده شما کمک کند تا داروی تحت پوششی را که ممکن است برای شما مفید باشد پیدا کند.
- از برنامه درمانی بخواهید که دوز لازم برای مصرف موقت دارو را تحت پوشش قرار دهد.
 - در برخی مواقع میزان لازم برای مصرف موقت دارو در طول اولین 90 روز سال تقویمی تحت پوشش قرار می‌گیرد.
 - این میزان لازم برای مصرف موقت به مدت حداکثر 30 روز مصرف دارو در داروخانه خردفروش، و در داروخانه مراقبت بلندمدت تا 31 روز می‌باشد. (جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می‌توانید میزان لازم برای مصرف موقت را دریافت کنید و چگونگی تقاضا به فصل 5 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.)
 - وقتی که میزان لازم برای مصرف موقت دارو را گرفتید باید با پزشک خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید که در زمان تمام شدن این میزان موقتی چه کار کنید. می‌توانید سراغ داروی متفاوتی بروید که تحت پوشش برنامه درمانی ما قرار دارد یا از ما بخواهید برای شما استثنا قائل شویم و داروی فعلی شما را تحت پوشش قرار دهیم. برای یادگیری آنچه برای درخواست یک استثنا باید انجام دهید، به فصل 9، بخش F کتابچه راهنمای اعضا 2023 مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اگر بیش از 90 روز است که در برنامه درمانی عضو شده‌اید و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم دارو برای مصرف 31 روزه یا کمتر برای یک بار تحت پوشش قرار می‌گیرد. این میزان علاوه برای میزان لازم برای تغییر دارو در مراقبت بلندمدت است.
- اگر در حال تغییر مکان از مرکز مراقبت بلندمدت یا اقامت در بیمارستان به خانه هستید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 30 روزه یا کمتر تحت پوشش قرار می‌گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می‌شود تا میزان لازم برای مصرف 30 روزه دارو فراهم شود).
- اگر در حال تغییر مکان از خانه یا اقامت در بیمارستان به مرکز مراقبت بلندمدت هستید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 31 روزه یا کمتر تحت پوشش قرار می‌گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می‌شود تا میزان لازم برای مصرف 31 روزه دارو فراهم شود). شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
- برخی استثنای فهرست دارویی سال آینده نیز تحت پوشش قرار می‌گیرد. به تأییدیه‌ای که دریافت کرده‌اید مراجعه کنید. نامه تأیید شامل اطلاعاتی در مورد محدودیت‌های خاص تأیید داروی شما و تاریخ پایان پوشش دارو است. اگر تصمیم به عدم تمدید تأییدیه شما داشته باشیم، حداقل 60 روز قبل از پایان سال نامه جدیدی برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه شامل زمان پایان تأییدیه استثنای داروی خاص و نحوه درخواست استثنا می‌شود. برای

یادگیری آنچه برای درخواست یک استثنا باید انجام دهید، به فصل 9، بخش F کتابچه راهنمای اعضا 2023 مراجعه کنید یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

تغییرات در هزینه داروی تجویزی

ما برخی از داروهای فهرست دارو را به رده دارویی پایین‌تر یا بالاتر منتقل کرده‌ایم. اگر داروهای شما از ردیفی به ردیف دیگری منتقل شود، این موضوع می‌تواند سهم شما را تحت تأثیر قرار دهد. جهت پی بردن به اینکه آیا داروهایتان به رده‌ای متفاوت منتقل شده است یا خیر، به داروهای خود در فهرست دارو نگاهی بیندازید.

جدول زیر هزینه‌های شما را برای تمام داروهای تحت پوشش Part D نشان می‌دهد.

2023 (سال بعد)	2022 (امسال)	
سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 به ازای هر نسخه است.	داروهای رده 1 - داروهای ژنریک ترجیحی: سهام پرداختی شما برای میزان مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با \$0 به ازای هر نسخه است.	همه داروهای تحت پوشش Part D هزینه میزان موردنیاز برای مصرف یک ماه داروهای Part D که از داروخانه درون شبکه گرفته می‌شود
	داروهای رده 2 - داروهای ژنریک: سهام پرداختی شما برای میزان مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با \$20 به ازای هر نسخه است.	WellCare مورد تأیید Medicare ارائه شده توسط Health Net، پرداخت مشترک/بیمه مشترک کمتری به عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (Value-Based Insurance Design) ارائه می‌کند. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه‌های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند
	داروهای ردیف 3 - داروهای مارکدار ترجیحی: سهام پرداختی شما برای میزان مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با \$47 به ازای هر نسخه است.	
	داروهای ردیف 4 - داروهای غیر ترجیحی: سهام شما برای میزان مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با 44% از کل هزینه هر نسخه است.	
	داروهای رده 5 - رده تخصصی: سهام شما برای میزان مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با 25% از کل هزینه هر نسخه است.	
	داروهای رده 6 - داروهای مراقبتی انتخابی: سهام پرداختی شما برای میزان مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با \$0 به ازای هر نسخه است.	

F. تغییرات اداری

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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 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. برای اطلاعات بیشتر، از <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> بازدید کنید. 15



2023 (سال بعد)	2022 (امسال)	برنامه شما در حال تغییر است
شما عضو Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) هستید و به طور خودکار به Health Net Medi-Cal Plan اختصاص داده می‌شوید.	شما عضو Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) هستید و طرح Medi-Cal جداگانه‌ای را انتخاب کرده‌اید که از طریق Health Net یا شرکت دیگری ارائه می‌شود.	

G. انتخاب یک طرح

G1. ماندن در طرح ما

امیدواریم که شما یکی از اعضای ما بمانید. برای ماندن در برنامه درمانی ما لازم نیست که کاری بکنید. اگر به طرح Medicare دیگری یا به Original Medicare تغییر ندهید، به طور خودکار به عنوان عضوی از طرح ما برای سال 2023 ثبت نام می‌شوید.

G2. تغییر طرح‌ها

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 زیر پایان 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 واجد شرایط تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال:

- اگر از منطقه ارائه خدمات ما خارج شوید،
- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا Extra Help 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.

خدمات Medicare شما

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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 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. برای اطلاعات بیشتر، از <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> بازدید کنید. 16



شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود دارید. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، شما به طور خودکار عضویت خود را در طرح ما خاتمه خواهید داد.

این کار را بکنید: به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. 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 California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید. یا در یک طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. وقتی پوشش برنامه جدید شما شروع شود، عضویت شما به طور خودکار در طرح Medicare ما لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	1. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: یکی دیگر از برنامه‌های بهداشتی Medicare
---	--



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 با
Medicare 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
California (HICAP) به شماره 1-800-434-
0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا
کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به
سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/
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.

این کار را بکنید: به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. 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 California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود لطفاً به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 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.	3. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید: طرح Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی توجه: اگر به سراغ Original Medicare بروید و در طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت نام کند مگر اینکه نخواهید عضو 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 درباره نیاز یا عدم نیاز خود به پوشش بیمه دارویی سوالی دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید.
--	---

خدمات Medi-Cal شما

برای سوالات 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، سوال کنید.

H. کمک گرفتن

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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 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. برای اطلاعات بیشتر، از <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> بازدید کنید. 19



H1. طرح ما

اگر سؤالی دارید ما اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم. در طول روزها و ساعات کاری ذکر شده از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. تماس با این شماره‌ها رایگان است.

دفترچه راهنمای اعضای خود را بخوانید

کتابچه راهنمای اعضا دارای توضیحات حقوقی و مفصل درباره مزایای برنامه درمانی ما است. این کتابچه جزئیاتی درباره مزایا و هزینه‌ها در سال 2023 دارد. در این دفترچه، حقوق شما و همچنین قوانینی که باید از آن پیروی کنید تا خدمات و داروهای تجویزی را که ما پوشش می‌دهیم، دریافت کنید توضیح داده شده است.

کتابچه راهنمای اعضا برای سال 2023 تا پیش از 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. نسخه به‌روز کتابچه راهنمای اعضا برای سال 2022 همواره در وبسایت ما به آدرس <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> موجود است. همچنین می‌توانید از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید تا از ما بخواهید یک کتابچه راهنمای اعضا سال 2023 را برای شما پست کنیم.

وبسایت ما

می‌توانید از وبسایت ما به آدرس <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> دیدن کنید. به یاد داشته باشید که وبسایت ما دارای به‌روزترین اطلاعات درباره شبکه داروخانه‌ها و ارائه‌دهنده‌های ما (فهرست ارائه‌دهنده‌ها و داروخانه‌ها) و فهرست دارویی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

H2. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP)

همچنین می‌توانید با برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (SHIP) تماس بگیرید. در SHIP California برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) نامیده می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به شما در درک حق انتخاب‌های شما برای طرحان کمک کنند و سؤالات شما درباره عوض کردن طرح درمانی را پاسخ دهند. برنامه HICAP با ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه‌ای ندارد. مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر کانتی دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد. شماره تلفن HICAP برای تماس 1-800-434-0222 است. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید.

H3. برنامه Ombuds

اگر با طرح ما مشکل دارید، Health Consumer Alliance Ombuds Program می‌تواند به شما کمک کند. خدمات بازرس رایگان و به همه زبان‌ها در دسترس است. برنامه بازرسان اتحادیه مصرف کنندگان سلامت (Health Consumer Alliance Ombuds Program):

- به عنوان حامی از طرف شما کار می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید، بازرس‌های ویژه می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بدانید چه کاری باید انجام دهید.
- اطمینان حاصل می‌کند که شما اطلاعات مربوط به حقوق و پوشش‌های خود و چگونگی حل نگرانی‌های خود را دارید.
- با شرکت ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه‌ای ندارد. شماره تلفن برنامه Ombuds Alliance Consumer Health عبارت است از 1-888-804-3536.

H4. Medicare

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، می‌توانید به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

وبسایت Medicare

می‌توانید از وبسایت Medicare (www.medicare.gov) بازدید کنید. اگر تصمیم بگیرید که ثبت نام خود در طرح ما را لغو کنید و در طرح Medicare دیگری ثبت نام کنید، وبسایت Medicare دارای اطلاعاتی درباره هزینه‌ها، پوشش بیمه و رتبه‌بندی کیفی است تا به شما در مقایسه کردن طرح‌ها کمک کند.

می‌توانید با استفاده از قابلیت Medicare Plan Finder در وبسایت Medicare اطلاعاتی درباره طرح‌های Medicare موجود در منطقه خود پیدا کنید. (برای مشاهده اطلاعات مربوط به برنامه‌های درمانی به وبسایت www.medicare.gov و روی «Find plans» کلیک کنید.)

Medicare و شما 2023

می‌توانید کتابچه Medicare و شما 2023 را بخوانید. هر سال در پاییز این دفترچه به افراد عضو Medicare پست می‌شود. این دفترچه شامل خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و پوشش‌ها و پاسخ متداول‌ترین پرسش‌ها درباره Medicare می‌شود. کتاب راهنما به زبان‌های اسپانیایی، چینی و ویتنامی نیز موجود است.

اگر نسخه‌ای از این کتابچه را ندارید، می‌توانید با مراجعه به وبسایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) یا تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعته و در 7 روز هفته، این کتابچه را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

California Department of Managed Health Care .H5

سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده کالیفرنیا مسئولیت کنترل و نظارت بر برنامه‌های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. مرکز پشتیبانی DMHC در مورد درخواست تجدیدنظر و شکایات شما در مورد خدمات Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند. اگر از طرح سلامت خود شکایتی دارید، ابتدا باید با طرح سلامت خود از طریق این شماره تلفن تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711) و قبل از تماس با اداره، از فرآیند شکایت برنامه درمانی خودتان استفاده کنید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. استفاده از این روش شکایت، هیچ گونه حقوق قانونی بالقوه یا راه حلی را که ممکن است در دسترس شما باشد از شما سلب نمی‌کند. اگر در مورد شکایت مربوط به موارد اورژانسی، شکایتی که توسط برنامه درمانی شما به طور رضایت‌بخشی حل و فصل نشده، یا شکایتی که بیش از 30 روز بی‌نتیجه مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای مساعدت با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرآیند IMR به طور بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده 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 (www.dmhc.ca.gov) فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌ها را به صورت آنلاین ارائه می‌دهد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 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 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. برای اطلاعات بیشتر، از <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> بازدید کنید. 21



اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض خلاف قانون است. Wellcare by Health Net از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Wellcare by Health Net به دلیل جنسیت، نژاد، رنگ، مذهب، اصل و نسب، منشأ ملی، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی، افراد را به طور غیرقانونی مورد تبعیض، طرد یا رفتار متفاوت قرار نمی‌دهد.

Wellcare by Health Net موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت برای کمک به برقراری ارتباط بهتر، مانند:

o مترجمان واجد شرایط زبان اشاره

o اطلاعات مکتوب در قالب‌های دیگر (چاپ بزرگ، صوتی، فرمت‌های الکترونیکی در دسترس، فرمت‌های دیگر)

- خدمات رایگان زبانی به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:

o مترجمان واجد شرایط

o اطلاعات نوشته شده به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق تماس با شماره زیر با Wellcare by Health Net تماس بگیرید **1-800-431-9007**. از 1 اکتبر تا 31 مارس، می‌توانید 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید. یک سیستم پیام‌رسانی برای ساعات بعد از ساعت کاری، آخر هفته و در تعطیلات فدرال استفاده می‌شود. اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا تکلم کنید، لطفاً با این شماره تماس بگیرید **TTY 711**. در صورت درخواست، این سند می‌تواند به صورت خط بریل، چاپ بزرگ، کاست صوتی یا الکترونیک در دسترس شما قرار گیرد. برای دریافت کپی در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید یا مکاتبه کنید:

Wellcare by Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007

TTY: 711

نحوه ثبت شکایت

اگر فکر می‌کنید که Wellcare by Health Net در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا به طور غیرقانونی بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ، مذهب، اصل و نسب، منشأ ملی، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی، یا گرایش جنسی، تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایت خود را با خدمات اعضا مطرح کنید. می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن، به صورت کتبی، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:

- **از طریق تلفن:** از طریق تلفن با هماهنگ کننده حقوق مدنی Wellcare by Health Net به شماره **1-866-458-2208**

تماس بگیرید. بین 8 صبح تا 5 بعدازظهر از دوشنبه تا جمعه. یا اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا تکلم کنید، لطفاً با **TTY 711** تماس بگیرید.

- **به صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:

هماهنگ کننده حقوق مدنی Wellcare

Wellcare Civil Rights Coordinator

9103 P.O. Box

9103-91409 Van Nuys, CA

- **حضوری:** به مطب پزشک یا Wellcare by Health Net مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت کنید.

- **به صورت الکترونیکی:** از وبسایت Wellcare by Health Net به این آدرس بازدید کنید

www.wellcare.com/healthnetCA

دفتر حقوق مدنی (Office of Civil Rights) - وزارت خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا
(California Department of Health Care Services)

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را با دپارتمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی ارسال کنید:

- **از طریق تلفن:** با شماره **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا تکلم کنید، لطفاً با **TTY 711 (سرویس رله مخابراتی)** تماس بگیرید.
- **به صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای 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 آدرس http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx در دسترس هستند.

- به صورت الکترونیکی: یک ایمیل به آدرس زیر ارسال کنید **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

دفتر حقوق مدنی - بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

U.S. Department of Health and Human Services

اگر فکر میکنید بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نیز نزد دفتر حقوق مدنی دپارتمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی مطرح کنید:

- **از طریق تلفن:** با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا خوب تکلم کنید، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

- **به صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:
دپارتمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت در این آدرس موجود هستند: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **به صورت الکترونیکی:** از پورتال شکایات حقوق مدنی در این آدرس بازدید کنید:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Ձանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人士提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بزرگ و چاپ درشت. با شماره **1-888-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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。 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gornqv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไป 1-888-431-9007 (TTY: 711) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ 1-888-431-9007 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (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 **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.