



## دفتريچه راهنمای شما برای طرح درمانی Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), Medicare

---

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از

بازدید کنید [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



## 1 ژانویه 2024 – 31 دسامبر 2024

## پوشش سلامت و داروی شما تحت Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

## مقدمه دفتربه راهنمای اعضا

این دفتربه راهنمای اعضا، که با عنوان شواهد پوشش نیز شناخته می‌شود، به شما در مورد پوشش شما به موجب طرح ما تا 31 دسامبر 2024 می‌گوید. در این دفتربه 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. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در فصل 12 کتابچه راهنمای شما آمده است.

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

وقتی این دفتربه راهنمای اعضا می‌گوید «ما»، «-ما/مان»، «طرح ما» به معنای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)، یعنی طرح Medicare Medi-Cal شما است.

این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (حروف سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، و ویتنامی موجود است.

با تماس با بخش خدمات اعضا به شماره‌ای که در پایین این صفحه است، می‌توانید این سند را به صورت رایگان در فرمت‌های دیگر دریافت کنید، مانند حروف درشت، حروف بریل، و/یا فایل صوتی. 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. به این، «درخواست پیوسته» می‌گویند. ما انتخاب شما را ثبت خواهیم کرد.

لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، همونگ، 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). بین 1 اکتبر و 31 مارس،

CA4CNCEOC35803L\_0008

H3561\_008



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. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.

برای پاسخگویی به همه پرسشهایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان شما صحبت میکند میتواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه میشود.

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



Arabic

نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا 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. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Armenian

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:

Cambodian

យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Chinese

我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，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。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Farsi

برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## French

Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

## French Creole

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

## Hindi

हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

## Hmong

Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb rau txhua cov lus nug uas koj muaj hais txog peb txoj phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Sunday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Friday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Ib tug neeg uas hais Lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.

## Italian

Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-800-431-9007 (TTY: 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì alla domenica, dalle 8:00 alle 20:00. Dal 1° aprile al 30 settembre, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.



## German

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Sonntag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Zwischen dem 1. April und dem 30. September sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

## Japanese

弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-431-9007 (TTY : 711) にお電話ください。担当者の対応時間は、10月1日から3月31日までは、月曜～日曜日、午前8時～午後8時です。4月1日から9月30日までは、月曜日～金曜日、午前8時～午後8時です。日本語を話す者が対応いたします。これは無料のサービスです。

## Korean

당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-800-431-9007(TTY:711)번으로 당사에 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 연락하시면 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

## Laotian

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ໃນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນອາທິດ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວໄດ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.



## Mien

Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Yiem naaiv ziepc hlaax saengh 1 mingh taux faah hlaax 31 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lung h ndorm mingh taux 8 diemv lung muonx oc. Yiem naaiv feix hlaax saengh 1 mingh taux juov hlaax 30 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lung h ndorm mingh taux 8 diemv lung muonx. Liepc duqv maaih faan waac mienh tengx meih faan benx mienh waac bun muangx. Naaiv diuc gong-bou se wangv-henh tengx mv zuqc bun nyaanh oc.

## Polish

Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-432-9007 (TTY: 711). W okresie od 1 października do 31 marca przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 8:00 do 20:00. W okresie od 1 kwietnia do 30 września przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 Osoba mówiąca po polsku może udzielić pomocy. Usługa ta jest bezpłatna.

## Portuguese

Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre 1 de outubro e 31 de março, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a domingo, das 08:00 às 20:00. Entre 1 de abril e 30 de setembro, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

## Punjabi

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## Russian

Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

## Spanish

Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder las cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos 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. Alguien que habla español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

## Tagalog

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami 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. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

## Thai

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-431-9007 (TTY: 711) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถให้ความช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย





## Ukrainian

Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). У період з 1 жовтня по 31 березня ви можете звертатися до представників із понеділка по неділю з 8:00 до 20:00. У період з 1 квітня по 30 вересня звернутися до представників можна з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 20:00. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

## Vietnamese

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Nhân viên nói tiếng Việt có thể hỗ trợ quý vị. Dịch vụ này miễn phí.



## دفتربه راهنمای 2024 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

### فهرست مطالب

فصل 1: شروع به کار به عنوان یک عضو	12
فصل 2: شماره تلفن ها و منابع مهم	23
فصل 3: استفاده از پوشش بیمه برنامه ما برای خدمات درمانی و سایر خدمات تحت پوشش	47
فصل 4: نمودار مزایا	73
فصل 5: دریافت داروهای سرپایی شما	128
فصل 6: مبلغی که باید خودتان برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal Medicaid پرداخت میکنید	147
فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید	154
فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما	161
فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت)	189
فصل 10: خاتمه دادن به عضویت خود در طرح ما	238
فصل 11: اعلامیه های حقوقی	246
فصل 12: تعریف واژه های مهم	250



## 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 هزینه 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 راه‌های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند.
- ❖ بر اساس یک مدل بررسی مراقبت، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) توسط کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA) برای اجرای Special Needs Plan (SNP) تا سال 2024 تأیید شده است.
- ❖ پوشش تحت Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)، پوشش سلامت واجد شرایط با نام «حداقل پوشش ضروری» است. این پوشش، شرط مسئولیت مشترک فردی قانون مراقبت مقرون به صرفه (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](http://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 Dual Align (HMO D-SNP) به عنوان یک طرح بهداشتی است که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویت شما در آن را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاری داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دقت‌رچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

A.	به طرح ما خوش آمدید .....	14
B.	اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal .....	14
B1	Medicare .....	14
B2	Medi-Cal .....	15
C.	مزایای طرح ما .....	15
D.	منطقه خدماتی طرح ما .....	16
E.	چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید .....	16
F.	انتظارات شما هنگامی که برای اولین بار عضو طرح درمانی می‌شوید .....	17
G.	تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما .....	18
G1	تیم خدمات درمانی .....	18
G2	طرح خدمات درمانی .....	18
H.	هزینه‌های ماهیانه شما برای Wellcare by Health Net .....	18
I.	دقت‌رچه راهنمای اعضای شما .....	19
J.	اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید .....	19
J1	از کارت شناسایی عضویت شما .....	19
J2	فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها .....	20

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



J3. فهرست داروهای تحت پوشش ..... 21

J4. توضیح مزایا ..... 21

K. به روز نگه داشتن سابقه عضویتان ..... 22

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) ..... 22



## A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که برای هر دو برنامه واجد شرایط هستند ارائه می‌کند. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت، ارائه‌کنندگان سلامت رفتاری و ارائه‌کنندگان دیگر 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 اهالی California در Medicare و Medi-Cal کمک می‌کند تا خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. ما این کار را از طریق ارائه دسترسی راحت 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.
- جامع شما، جامعه ما است – ما یک شرکت ملی با حضور محلی هستیم. بسیاری از کارکنان ما در محل سکونت شما زندگی می‌کنند. 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 ساله یا بالاتر،
- افراد زیر 65 سال که ناتوانی‌های خاصی دارند، و
- اشخاص مبتلا به بیماری مرحله انتهایی بیماری کلیوی (نارسایی کلیه).

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## Medi-Cal .B2

Medi-Cal نام برنامه Medi-Cal California است. 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 کسانی واجد شرایط هستند؟
- 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 تأیید 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 بیشتر نیازهای مراقبت‌های سلامت 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید 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 Dual Align (HMO D-SNP):** در بیشتر موارد، شما در اول ماه پس از درخواست عضویت در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)، در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare ثبت‌نام خواهید شد. 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 Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما 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 خدماتی طرح ما

منطقه خدماتی ما شامل این کانتی‌ها در California است: Los Angeles و Sacramento و Tulare.

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

اگر به خارج از منطقه خدماتی 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 خدماتی 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
- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید، و
- در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید، و

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نباشید ولی احتمال آن وجود داشته باشد که ظرف شش ماه دوباره آن را به دست آورید در این صورت همچنان برای طرح ما واجد شرایط هستید.

برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

وقتی برای اولین بار به طرح ما ملحق می‌شوید، ارزیابی خطر سلامتی (HRA) را ظرف 90 روز قبل یا بعد از تاریخ موثر ثبت‌نام دریافت می‌کنید.

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 و سلامت رفتاری و عملکردی شما می‌باشد.

برای تکمیل HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می‌توانیم HRA را از طریق دیدار حضوری، تماس تلفنی یا از طریق پست 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 ثابت 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 ارائه‌کننده 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 تصمیم‌گیری کنیم و ما باید ظرف 15 روز به شما پاسخ دهیم. اگر در خطر آسیب دیدن باشید، ما باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.
  - وقتی درخواستی ثبت می‌کنید، شما یا خدمات‌دهندگان باید اسنادی در مورد رابطه موجود را نشان دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.

**توضیح:** می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌کنندگان لوازم پزشکی بادوام (DME) برای حداقل 90 روز یا تا زمانی که ما یک اجازه جدید را تایید کنیم و از یک ارائه‌کننده شبکه بخواهیم اجازه را تحویل دهد ارائه کنید. اگر چه نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌کنندگان حمل و نقل یا سایر ارائه‌کنندگان کمکی ارائه کنید، می‌توانید درخواستی برای خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات کمکی که در طرح ما نیستند ارائه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

بعد از پایان دوره تداوم دریافت خدمات درمانی، شما باید به سایر پزشکان یا ارائه‌کنندگان در شبکه Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) که با گروه پزشکی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما همکاری دارند مراجعه کنید، مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه مورد نظر شما توافق‌نامه داشته باشیم. یک ارائه‌کننده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. وقتیدر طرح ما ثبت‌نام می‌کنید، برای شما یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) تعیین خواهد شد. همچنین به یک PCP از این گروه پزشکی تحت قرارداد اختصاص خواهید یافت. برای انتخاب PCP خود، به وبسایت ما در [www.wellcare.com/healthnetCA](http://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 مراقبت، به فصل 3، بخش D، صفحه 51 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## G. تیم خدمات درمانی و طرح خدمات درمانی شما

### G1. تیم خدمات درمانی

یک 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.

هماهنگ‌کننده مراقبت کسی است که برای کمک به شما برای مدیریت مراقبتی که لازم دارید آموزش دیده است. یک هماهنگ‌کننده 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 هماهنگ‌کننده 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 را 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 یا خدمات دیگر است.

طرح خدمات درمانی شما شامل این موارد می‌باشد:

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

تیم خدمات درمانی شما پس از HRA با شما ملاقات می‌کند. آنها در مورد خدمات مورد نیازتان از شما سوال 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 تهیه می‌شود. تیم خدمات درمانی‌تان با شما همکاری خواهد کرد تا حداقل هر سال طرح خدمات درمانی خود را به‌روز کنید.

## H. هزینه‌های ماهیانه شما برای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

طرح ما حق بیمه طرح ماهانه ندارد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## 1. 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 196 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.

این قرارداد برای ماه‌هایی که در طرح ما ثبت‌نام می‌کنید بین 1 ژانویه 2024 و 31 دسامبر 2024 معتبر است.

## 2. 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 ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها، و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به لیست داروهای تحت پوشش است که فهرست دارویی نامیده می‌شود.

### 2.1 از کارت شناسایی عضویت شما

شما تحت برنامه ما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود دارید که شامل LTSS، برخی خدمات درمانی رفتاری و داروهای نسخه‌ای می‌شود. شما این کارت را هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروهای تجویزی نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضویت است:

		Wellcare By Health Net Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) CMS#: H3561-008 Effective Date: MM/DD/YYYY	
<b>MEMBER INFORMATION</b> Name: First MI Last Member ID#: XXXXXXXX-XXX Care Coordinator Phone: 1-800-431-9007		<b>PHARMACY INFORMATION</b>  Prescription Drug Coverage	
<b>PROVIDER INFORMATION</b> PPG Name: Provider Group Name PPG Phone: X-XXX-XXX-XXXX PCP Name: Last, First Name PCP Phone: X-XXX-XXX-XXXX <b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b> PCP/Specialist Office Visit: \$0 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).		<b>Rx Processor Part D:</b> Express Scripts® RXBIN: 610014 RXPCN: MEDDPRIME RXGRP: 2FFA RxID: XXXXXXXXXX	
<a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>			
<b>FOR MEMBERS</b>			
Member Services:	1-800-431-9007 (TTY: 711)	Mental Health Benefits:	1-800-646-5610 (TTY: 711)
Nurse Advice Line:	1-800-893-5597 (TTY: 711)	Access2Care Transportation:	1-844-515-6876 (TTY: 711)
Delta Dental:	1-855-643-8515 (TTY: 711)	Envision Vision:	1-866-392-6058 (TTY: 711)
<b>FOR PROVIDERS</b>			
For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: 1-800-431-9007 Medical Claims: Wellcare By Health Net Attn: Claims Payor ID: 68069 P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640-9030			
Pharmacy prior auth: 1-800-867-6564 For help: (PHARMACY USE ONLY) 1-833-750-0202 Submit Part D Drug Claims to: Wellcare By Health Net Attn: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577			

اگر کارت شناسایی عضویت 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 وقتی در برنامه ما عضویت دارید، لزومی ندارد از کارت Medicare خود به رنگ‌های قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت بیشتر خدمات استفاده کنید. از این کارت‌ها در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آن‌ها نیاز داشته باشید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت شناسایی عضویت 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 157 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

به خاطر داشته باشید، برای دسترسی به خدمات زیر به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (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 تحت پوشش "Medi-Cal"
- خدمات معافیت مبتنی بر منزل و جامعه (HCBS)

## J2. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها

فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها، 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، فهرست ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌ها (الکترونیکی یا نسخه کاغذی) را درخواست کنید. درخواست‌ها برای نسخه کاغذی فهرست ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌ها ظرف سه روز کاری به شما پست خواهد شد.

همچنین می‌توانید به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها 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، فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها لیست متخصصین خدمات سلامت (از جمله پزشکان، پرستاران و روانشناسان)، مراکز (مانند بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها) و ارائه‌کنندگان خدمات پشتیبانی (مانند ارائه‌کنندگان خدمات محلی بزرگسالان) 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. لیست داروخانه‌ها در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها شامل خرده‌فروشان، داروخانه‌های ارسال‌کننده پستی، تزیق 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
  - خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، خدمات درمانی رفتاری، سازمان‌های مراقبت خانگی، ارائه‌کنندگان لوازم پزشکی بادوام (DME) 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



### 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 ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها 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 هر یک از داروها از قبیل محدودیت مقداری که می‌توانید دریافت کنید اطلاعاتی را به شما می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5، بخش C، صفحه 138 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 در پایین صفحه مراجعه کنید.

### J4. توضیح مزایا

وقتی از مزایای داروی تجویزی Medicare 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 نگاه دارید. این گزارش خلاصه توضیح مزایای تحت پوشش بیمه (EOB) خوانده می‌شود.

در توضیح مزایا (EOB) درباره مبلغ کل خرج شده توسط شما، یا خرج شده توسط دیگران از جانب شما برای داروهای نسخه‌ای Medicare Part D و مبلغ کلی که ما برای هر کدام از داروهای نسخه‌ای Medicare Part D در طول ماه پرداخت کرده‌ایم، توضیحاتی ارائه شده است. این EOB یک صورت حساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید دارد. فصل 6، بخش A، صفحه 151 در دفترچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری درباره EOB و نحوه کمک به شما برای پیگیری پوشش داروهایتان به شما می‌دهد.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## 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 داروهای 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؛
  - اگر هرگونه ادعای مسئولیت دارید، از قبیل ادعای خسارت برای حوادث رانندگی؛
  - پذیرش در بیمارستان یا مرکز پرستاری؛
  - مراقبت در یک بیمارستان یا بخش اورژانس؛
  - تغییرات اطلاعات فردی که از شما مراقبت می‌کند (یا هر کسی که مسئول شما است)؛ و،
  - اگر در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. (توضیح: 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 هرگونه اطلاعات تغییر کند، با خدمات اعضا با شماره های پایین صفحه 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 182 از دقت‌رچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



## فصل 2: شماره تلفن ها 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. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفتريچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

25	A. مرکز خدمات اعضا
28	B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما
	C. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت
31	(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)
32	D. خط تلفن مشاوره پرستاری
33	E. خط بحران سلامت رفتاری
34	F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)
35	G. Medicare
36	H. Medi-Cal
37	I. دفتر بازرسی مراقبت‌های مدیریت‌شده و سلامت روانی Medi-Cal
38	J. خدمات اجتماعی شهرستان (County Social Services)
40	K. طرح بهداشت روان تخصصی شهرستان (County Specialty Mental Health Plan)
41	L. California Department of Managed Health Care
42	M. برنامه‌هایی برای کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای‌شان
42	M1. Extra Help
43	N. تأمین اجتماعی

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- O. هیات بازنشستگی راه آهن (RRB) ..... 44
- P. سایر منابع ..... 45
- Q. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal ..... 46





**A. مرکز خدمات اعضا.**

<p>1-800-431-9007 این تماس رایگان است.</p> <p>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. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>711 این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>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. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.</p>	<p>TTY</p>
<p>Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>	<p>به این آدرس نامه ارسال کنید:</p>
<p><a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p>	<p>وبسایت</p>

برای دریافت کمک با خدمات اعضا تماس بگیرید :

- سوالات مربوط به طرح
- سوالاتی 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
    - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
  - اگر در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت درمانی خود سؤالی دارید با ما تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به **فصل 9**، بخش E، صفحه 196 *دفتريچه 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 تجدیدنظر، به **فصل 9**، بخش E، صفحه 196 *دفتريچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
  - **شکایت‌های مربوط به بیمه مراقبت از سلامت**
    - می‌توانید درباره ما یا هر یک از ارائه‌کنندگان (شامل ارائه‌کنندگان خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید شکایتی به ما یا به سازمان بهبود کیفیت (QIO) درباره کیفیت مراقبتی که دریافت کرده‌اید ارائه کنید (به **بخش F**، صفحه 34 مراجعه کنید).
    - برای مطرح کردن شکایت خود می‌توانید با ما از طریق این 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.
    - 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](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
    - می‌توانید با تماس با شماره 1-888-804-3536 از طرح ما به برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal شکایت کنید.
    - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارسال شکایت در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود، به **فصل 9**، بخش K، صفحه 234 *دفتريچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش دارو ها**
  - تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:
    - مزایا و داروهای تحت پوشش شما، یا
    - مبلغی که ما برای داروهای شما می‌پردازیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- 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 ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.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 در خصوص تصمیمات پوشش در مورد داروهای تجویزی Medicare خود، به **فصل 9**، بخش G، صفحه 212 از دفتربه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- تجدیدنظر در مورد داروهای 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 تجویزی‌تان، به **فصل 9**، بخش G، صفحه 212 از دفتربه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- شکایت در مورد داروها.
  - شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این کار شامل شکایت در مورد داروهای نسخه‌ای شما می‌شود.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم‌گیری پوشش مربوط به داروهای تجویزی است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر 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](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.
  - برای اطلاعات بیشتر درباره ارسال شکایت در مورد داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9**، بخش K، صفحه 234 از دفتربه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت یا داروهایی که قبلاً پرداخت شده‌اند.
  - جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحساب دریافتی، به **فصل 7**، بخش A، صفحه 157 از دفتربه 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 196 از دفتربه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



**B. هماهنگ کننده مراقبت شما**

هماهنگ کننده مراقبت فرد اصلی است که با شما، برنامه سلامت، پزشکان و سایر ارائه کنندگان درمانی شما همکاری می کند تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می کنید.

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

- به هماهنگ سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می کنند کمک می کند.
- او برای ایجاد طرح خدمات درمانی با شما همکاری می کند.
- او به شما کمک می کند که تصمیم بگیرید که چه کسانی در تیم مراقبتی شما خواهند بود.
- هماهنگ کننده مراقبت، اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می دهد.

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

<p>با این شماره تماس بگیرید</p> <p>1-833-340-0083 این تماس رایگان می باشد.</p> <p>نمایندگان از دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعداز ظهر (EST) در دسترس هستند.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی زبانان داریم.</p>	
<p>TTY</p> <p>711 این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>نمایندگان از دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 بعداز ظهر (EST) در دسترس هستند.</p>	
<p>به این آدرس نامه ارسال کنید:</p> <p>Wellcare by Health Net Attention: Care Coordination Team 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>	
<p><a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p>	<p>وبسایت</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 بعداز ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعداز ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

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

- سوالات در مورد مراقبت درمانی شما
- سوالات مربوط به سلامت رفتاری (خدمات مربوط به اختلالات سلامت روانی و سوء مصرف مواد مخدر)
- سوالات مربوط به مزایای دندانپزشکی
- سوالات مربوط به جابجایی به قرارهای ملاقات پزشکی

خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) شامل خدمات اجتماع محور بزرگسالان (CBAS) و مراکز پرستاری (NF) می‌شود.

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 اجتماع محور بزرگسالان (CBAS)،
- مراقبت پرستاری تخصصی،
- فیزیوتراپی،
- کار درمانی،
- گفتار درمانی،
- خدمات اجتماعی پزشکی، و
- مراقبت درمانی در خانه.
- در برخی خدمات پشتیبانی در خانه، از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان، و
- مزایای پشتیبانی‌های محلی.

#### خدمات محلی 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 اجتماع محور بزرگسالان (CBAS) بهره‌مند شوند.

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

- نیازهایی که به اندازه کافی قابل توجه هستند تا واجد شرایط سطح مراقبت A در مرکز پرستاری (NF-A) باشند، مانند نیاز به خدمات پرستاری تخصصی، معاینه پرستاری تخصصی، 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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- معلولیت ذهنی ملایم تا متعادل، شامل الزایمر یا زوال ذهنی و نیاز به امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:
  - حمام کردن
  - لباس پوشیدن
  - غذا خوردن مستقل
  - توالیت رفتن
  - راه رفتن
  - انتقال
  - مدیریت دارویی
  - نظافت
- بیماری مزمن روانی یا مصدومیت مغزی و نیاز به امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:
  - حمام کردن
  - لباس پوشیدن
  - غذا خوردن مستقل
  - توالیت رفتن
  - راه رفتن
  - انتقال
- 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)
- پتانسیل زیاد برای تخریب بیشتر و احتمال بستری دائم در مؤسسات درمانی اگر CBAS موجود نباشد (برای مثال، در موارد غدد مغزی یا زوال ذهنی مربوط به HIV)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

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

برنامه ایالتی کمک بیمه سلامت (SHIP) State Health Insurance Assistance Program در واقع مشاوره بیمه درمانی رایگان را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که در Medicare عضو هستند. در SHIP، California برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) نامیده می‌شود. 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.

با این شماره تماس بگیرید	1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 عصر.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 عصر.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	HICAP رجوع کنید به <a href="https://cahealthadvocates.org/hicap/">https://cahealthadvocates.org/hicap/</a> تا محل دفاتر شهرستان را بیابید
وبسایت	<a href="https://cahealthadvocates.org/hicap/">https://cahealthadvocates.org/hicap/</a>

با HICAP بگیرید تا در خصوص موارد زیر کمک دریافت کنید:

- سؤالات مربوط به Medicare
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما درباره تغییر و جابجایی به یک برنامه جدید پاسخ داده و کمک‌تان کنند:
  - آگاهی از حقوقتان،
  - گزینه‌های برنامه خود را بدانید،
  - شکایت‌های مربوط به مراقبت بهداشتی یا درمان، و
  - برطرف کردن مشکلات مربوط به صورتحساب‌ها.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**D. خط تلفن مشاوره پرستاری**

خط تلفن مشاوره پرستاری (Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) خدماتی است که تماس‌های تلفنی رایگان آن به منظور آموزش و مشاوره پرستاری از طرف متخصصین بالینی آموزش‌دیده به صورت شبانه‌روزی 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 می‌توانید با خط تماس مشاوره پرستاری در مورد سؤالات مربوط به سلامتی یا مراقبت‌های بهداشتی خود تماس بگیرید.

<p>1-800-893-5597 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس با آن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته</p>	<p>TTY</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



**E. خط بحران سلامت رفتاری**

شبکه سلامت مدیریت شده (MHN) یک خط اضطراری سلامت رفتاری 24 ساعته 7 روز هفته 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.

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

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 شبانه‌روزی 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 و 7 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



**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.

با این شماره تماس بگیرید	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

با Livanta تماس بگیرید تا در خصوص موارد زیر کمک دریافت کنید:

- سؤال درباره حقوق خدمات درمانی
- ثبت شکایت در مورد خدمات درمانی که دریافت می‌کنید:
  - 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**Medicare .G**

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص دارای سن 65 سال یا بالاتر، 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.

<p>1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 تماس بگیرید تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>1-877-486-2048. این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> 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 وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید است. این وبسایت 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.</p>	<p>وبسایت</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**Medi-Cal .H**

Medi-Cal در ایالت California Medicaid نامیده می‌شود. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت سلامت مورد نیاز را برای افراد کم‌درآمد ارائه می‌کند، از جمله خانواده‌های بچه‌دار، سالمندان، اشخاص معلول، کودکان و نوجوانان تحت سرپرستی و زنان باردار. هزینه Medi-Cal توسط بودجه دولت ایالتی و فدرال تأمین می‌شود.

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

شما در Medicare و در Medi-Cal نام‌نویسی می‌شوید. اگر سوالاتی درباره مزایای Medi-Cal خود دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت طرح تماس بگیرید. اگر سوالاتی درباره نام‌نویسی در طرح Medi-Cal دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

<p>1-800-430-4263 8:00 صبح الی 6:00 بعد از ظهر، دوشنبه الی جمعه.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>711 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس با آن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p>CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850</p>	<p>به این آدرس نامه ارسال کنید:</p>
<p><a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</a></p>	<p>وبسایت</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## 1. دفتر بازرسی مراقبت‌های مدیریت‌شده و سلامت روانی Medi-Cal

دفتر بازرسی، دفتری در ایالت شما است که به عنوان مدافع حقوق شما عمل می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید، بازرسی‌های ویژه می‌توانند به سوالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بدانید چه کاری باید انجام دهید. دفتر بازرسی همچنین درباره مسائل مربوط به خدمات یا صورتحساب، به شما کمک می‌کند. آنها با ما یا با هیچکدام از شرکت‌های بیمه یا طرح‌های سلامت مرتبط نیستند. خدمات آن‌ها رایگان است.

با این شماره تماس بگیرید	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.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
وبسایت	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## ج. خدمات اجتماعی شهرستان (County Social Services)

اگر در رابطه با خدماتی مانند مزایای قابل اعمال که خدمات اجتماعی شهرستان در مورد آنها راهنمایی ارائه می‌کند، از جمله صلاحیت IHSS و Medi-Cal به کمک نیاز دارید، با اداره خدمات اجتماعی شهرستان محل خود تماس حاصل فرمایید.

با اداره خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید تا برای خدمات پشتیبانی در خانه درخواست کنید که در پرداخت هزینه‌های ارائه‌شده به شما کمک خواهد کرد تا بتوانید به صورت امن در خانه خودتان بمانید. انواع خدمات ممکن است شامل تمیزکاری منزل، کمک در تهیه غذا، لباسشویی، خرید سوپرمارکت، خدمات مراقبت شخصی (مانند کمک در رفتن به توالت، حمام کردن، آراستگی و خدمات پیرایشگی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشکی، و نظارت مراقبتی برای افراد معلول ذهنی.

درباره سوالات مربوط به صلاحیت‌تان برای Medi-Cal با اداره خدمات اجتماعی شهرستان خودتان تماس بگیرید.

شهرستان Los Angeles:	
با این شماره تماس بگیرید	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 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس با آن، 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.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	برای پیدا کردن نزدیکترین دفتر خدمات اجتماعی به اینجا بروید <a href="https://dpsl.lacounty.gov/en/resources/offices.html">https://dpsl.lacounty.gov/en/resources/offices.html</a>
وبسایت	<a href="http://dpsl.lacounty.gov">dpsl.lacounty.gov</a>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

شهرستان Sacramento	
با این شماره تماس بگیرید	1-916-874-2888 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس با آن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	IHSS Public Authority 3700 Branch Center Road, Suite A Sacramento, CA 95827
ایمیل	<a href="mailto:ahs-pa@saccounty.net">ahs-pa@saccounty.net</a>
وبسایت	<a href="http://pubauth.saccounty.net/">http://pubauth.saccounty.net/</a>

شهرستان Tulare	
با این شماره تماس بگیرید	1-800-571-9555 این تماس رایگان می‌باشد. دوشنبه تا جمعه: از 7:30 صبح تا 5:00 عصر. جمعه: 8:00 صبح - 12:00 عصر.
TTY	711 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس با آن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه: از 7:30 صبح تا 5:00 عصر. جمعه: 8:00 صبح - 12:00 عصر.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Tulare County Human Services 4025 W. Noble Ave., Suite A Visalia, CA 93277
وبسایت	<a href="http://www.tchhsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/">www.tchhsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/</a>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## 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 معیارهای دسترسی را داشته باشید.

<p><b>خط تلفن مخصوص سازمان سلامت روان (DMH) شهرستان Los Angeles:</b>          اضطراری: خط مرکز دسترسی 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است.          روتین: 800-854-7771          اختلال مصرف مواد (SUD): خط کمک خدمات سوء مصرف مواد مخدر          (SASH) 844-804-7500          24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال          ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است.          این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس با آن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.          24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال</p>	<p>TTY</p>

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

- اگر درباره خدمات تخصصی سلامت ذهنی ارائه‌شده توسط شهرستان سوالی 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 سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## California Department of Managed Health Care .L

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.

با این شماره تماس بگیرید	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.
TDD:	1-877-688-9891 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس با آن، به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
به این آدرس نامه ارسال کنید:	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## M. برنامه‌هایی برای کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای‌شان

وبسایت Medicare.gov به آدرس ([www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) اطلاعات مربوط به چگونگی کاهش هزینه‌های داروهای نسخه‌ای‌تان را ارائه می‌کند. برای افراد کم‌درآمد، برنامه‌های دیگری نیز برای کمک وجود دارند که در زیر شرح داده می‌شوند.

### Extra Help .M1

از آنجا که برای Medi-Cal واجد شرایط هستید، برای دریافت «Extra Help» از Medicare واجد شرایط هستید و آن را دریافت می‌کنید تا هزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای‌تان را پرداخت کنید. برای دریافت این «Extra Help» لازم نیست کاری انجام دهید.

تماس با این شماره تماس بگیرید	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید 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 افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
وبسایت	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**N. تأمین اجتماعی**

تأمین اجتماعی واجد شرایط بودن را تعیین می‌کند و به مسائل مربوط به عضویت Medicare رسیدگی می‌کند. شهروندان و افراد مقیم دائمی قانونی ایالات متحده با سن 65 سال و بالاتر یا آن‌هایی که مبتلا به معلولیت یا بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) هستند و دارای شرایط خاصی هستند 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. برای درخواست Medicare، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید یا از دفتر محلی تأمین اجتماعی بازدید کنید. اگر نقل مکان کنید یا نشانی پستی خود را تغییر دهید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس گرفته تا به آن‌ها خبر دهید.

<p>1-800-772-1213</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 7:00 عصر در دسترس هستند.</p> <p>شما می‌توانید از خدمات تلفن خودکار آنها جهت دریافت اطلاعات ثبت‌شده و برخی کارها در تمام 24 ساعت شبانه‌روز استفاده کنید.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>1-800-325-0778</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p>Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235</p>	<p>به این آدرس نامه ارسال کنید:</p>
<p><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></p>	<p>وبسایت</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



**0. هیات بازنشستگی راه آهن (RRB)**

RRB یک سازمان مستقل فدرال است که برنامه‌های جامع مزایا را برای کارگران راه آهن کشور و خانواده‌هایشان مدیریت می‌کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می‌کنید، در صورت تغییر آدرس پستی‌تان باید به آنها اطلاع دهید. اگر سوالاتی درباره مزایای RRB دارید، با سازمان تماس بگیرید.

<p>1-877-772-5772</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>اگر «0» را فشار دهید، در روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، پنجشنبه و جمعه، از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعد از ظهر، و در روز چهارشنبه از ساعت 9 صبح تا 12 بعدازظهر می‌توانید با یک نماینده RRB صحبت کنید.</p> <p>اگر «1» را فشار دهید، در 24 ساعت شبانه‌روز، از جمله روزهای آخر هفته و تعطیلات، می‌توانید به خطر کمک خودکار RRB و اطلاعات ضبط شده دسترسی پیدا کنید.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>1-312-751-4701</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>تماس با این شماره رایگان نیست.</p>	<p>TTY</p>
<p><a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a></p>	<p>وبسایت</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## P. سایر منابع

برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal، کمک رایگان را برای کمک به افرادی که در تلاش برای دریافت یا حفظ پوشش بهداشتی و حل مشکلات برنامه‌های درمانی خود هستند ارائه می‌کند.

اگر در خصوص موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح سلامت شما
- 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)

برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal، در موضوعات مربوط به شکایت‌ها، درخواست‌های تجدیدنظر و دادرسی‌ها کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه بازرسی 1-888-804-3536 است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**Q. 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
- دنجرهای کامل و جزئی، تنظیمات، ترمیم‌ها و ریلاین

<p>این تماس رایگان است. 1-800-322-6384</p> <p>مزایای دندانپزشکی، از طریق برنامه‌های هزینه در قبال خدمات دندانپزشکی Medi-Cal و مراقبت دندانپزشکی مدیریت شده (DMC) در دسترس هستند. نمایندگان برنامه هزینه در قبال خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر در روزهای دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما در دسترس هستند.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p>
<p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 1-800-735-2922</p>	<p>TTY</p>
<p><a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a></p>	<p>وبسایت</p>

علاوه بر برنامه هزینه در قبال خدمات دندانپزشکی Medi-Cal، می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق برنامه مراقبت‌های هماهنگ دندانپزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت هماهنگ دندانپزشکی در شهرستان‌های Sacramento و Los Angeles قابل ارائه هستند. اگر درباره برنامه‌های دندانپزشکی اطلاعات بیشتری می‌خواهید 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## فصل 3: 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	49
B.	قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد	49
C.	هماهنگ‌کننده مراقبت شما	51
C1.	مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست	51
C2.	چطور می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید	51
C3.	چطور می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید	51
D.	مراقبت از سوی ارائه دهندگان	51
D1.	مراقبت از یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)	51
D2.	خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان شبکه	54
D3.	هنگامیکه یک ارائه دهنده، طرح درمانی ما را ترک می‌کند	56
D4.	ارائه‌دهندگان خارج از شبکه:	57
E.	خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS)	57
F.	خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و اختلال مصرف مواد)	59
F1.	خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما ارائه می‌شود	59

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- G. خدمات ایاب و ذهاب..... 62
- G1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی ..... 62
- G2. حمل و نقل غیر پزشکی ..... 63
- H. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه ..... 64
- H1. مراقبت در اورژانس پزشکی..... 64
- H2. مراقبت‌های اورژانسی ضروری..... 66
- H3. مراقبت در شرایط بروز بلایا ..... 67
- I. اگر صورت‌حسابی را برای خدمات تحت پوشش طرح درمانی ما مستقیماً دریافت کردید چکار کنید ..... 67
- I1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد چه باید کرد ..... 67
- J. پوشش خدمات درمانی هنگامی که داوطلب شرکت در یک تحقیق بالینی شده اید..... 68
- J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی کلینیکی ..... 68
- J2. پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت زمانی که در پژوهش تحقیقاتی کلینیکی حضور دارید ..... 69
- J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی ..... 69
- K. خدمات ارائه شده توسط مؤسسات درمانی-مذهبی غیر پزشکی چطور تحت پوشش قرار می‌گیرد..... 69
- K1. تعریف مؤسسه درمان سلامت غیر پزشکی مذهبی..... 69
- K2. دریافت خدمات از مؤسسه درمانی-مذهبی غیر پزشکی ..... 69
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME) ..... 70
- L1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما ..... 70
- L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare ..... 71
- L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو برنامه ما ..... 71
- L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به برنامه Original Medicare یا طرح دیگر ..... 72
- Medicare Advantage (MA) ..... 72

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.





## A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه دهندگان

خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، لوازم، خدمات درمانی رفتاری، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، وسیله‌های و سایر خدمات می‌شود. خدمات تحت پوشش هر یک از خدماتی هستند که برنامه درمانی ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند. مراقبت سلامت، سلامت رفتاری و LTSS تحت پوشش در فصل 4 از دفترچه راهنمای اعضا توضیح داده می‌شوند. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه و بدون نسخه در فصل 5 دفترچه راهنمای اعضا آمده است.

ارائه دهندگان عبارتند از پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی که خدمات درمانی و مراقبتی را برای شما ارائه می‌کنند. 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 تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را پوشش می‌دهد. اینها شامل سلامت رفتاری و LTSS است.

طرح ما در کل هزینه‌های خدمات مراقبت بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری و LTSS را که در راستای قوانین ما دریافت می‌کنید، پرداخت 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 78 دفترچه 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 جراحی، 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 پزشک دیگری بروید. به عنوان عضو برنامه درمانی، باید یک ارائه‌کننده داخل شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
- در بیشتر موارد، PCP شبکه شما یا طرح ما 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 کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارجاع‌ها، به صفحه 51، بخش D، این فصل مراجعه 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. 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 سلامت گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- برای مراقبت اورژانسی یا مراقبت فوری، برای استفاده از ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی زنان، یا برای هر یک از دیگر خدمات مذکور در بخش D1 این فصل، نیازی به ارجاع از طرف PCP خود ندارید.
- **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 ارائه‌دهنده‌ای 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 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، به بخش H این فصل مراجعه کنید).
  - اگر به خدمات درمانی تحت پوشش طرح ما نیاز دارید و ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید این خدمات درمانی را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. اگر لازم است نزد ارائه‌دهنده خارج از شبکه بروید، به تأییدیه قبلی (prior authorization, PA) نیاز خواهد بود. پس از دریافت تأییدیه، به ارائه‌کننده درخواست‌کننده و ارائه‌کننده 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 17 دفترچه راهنمای اعضا** 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 هماهنگ‌کننده مراقبت با شما تماس می‌گیرد تا در یافتن ارائه‌دهندگان موجود در شبکه 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 Dual Align (HMO D-SNP):** در بیشتر موارد، شما در اول ماه پس از درخواست عضویت در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)، در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare ثبت‌نام خواهید شد. 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 Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما 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 سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## C. هماهنگ کننده مراقبت شما

### C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست

هماهنگ کننده مراقبت فرد اصلی است که با شما، برنامه سلامت و ارائه کنندگان درمانی شما همکاری می کند تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می کنید. هماهنگ کننده مراقبت به هماهنگ سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می کنند کمک می کند. آنها برای ایجاد طرح خدمات درمانی با شما همکاری می کنند. آنها به شما کمک می کنند که تصمیم بگیرید که چه کسانی در تیم مراقبتی شما خواهند بود. هماهنگ کننده مراقبت اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می دهد. این موضوع همچنین به شما کمک خواهد کرد تا تصمیماتی را اتخاذ کنید که برای شما درست هستند.

### C2. چطور می توانید با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید

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

### C3. چطور می توانید هماهنگ کننده مراقبت خود را تغییر دهید

اگر می خواهید هماهنگ کننده مراقبت خود را تغییر دهید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

## D. مراقبت از سوی ارائه دهندگان

### D1. مراقبت از یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP)

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

#### تعریف «PCP» و این که PCP چه کاری برای شما انجام می دهد

وقتی در برنامه درمانی ما عضو می شوید، باید یک ارائه کننده 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 می شوند که مراقبت پزشکی عمومی/خانوادگی را ارائه می کنند، متخصصین طب داخلی که مراقبت پزشکی داخلی را ارائه می کنند و متخصصین زنان و زایمانی (OB/GYNs) که مراقبت برای خانمها را ارائه می کنند.

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

- پرتوپرداری با اشعه ایکس،
- تست های آزمایشگاهی،
- درمان ها،

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- مراقبت از سوی پزشکانی که متخصص هستند،
- پذیرش در بیمارستان، و
- مراقبت پیگیری.

«همه‌هنگ سازی» خدمات تحت پوشش شامل کنترل یا مشاوره با سایر ارائه دهندگان طرح در مورد مراقبت شما و نحوه انجام آن است. 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 و همه‌هنگ می‌کند، شما باید ترتیب ارسال همه پرونده‌های پزشکی گذشته خود را به مطب PCP بفرستید.

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 (OB/GYN) 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: ماماها 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 تخصصی 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 RHC هایی که با Wellcare by Health Net network همکاری دارند می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا به فهرست ارائه‌کنندگان 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 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 PCP ای 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 ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مشاهده کنید یا به وبسایت ما به آدرس [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) مراجعه کنید.

---

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید 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.

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.

### گزینه 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](http://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 بیمارار 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 گروه‌های 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 ارائه‌دهندگان لازم است که از PCP خود تأییدیه بگیرید. این تأییدیه ارجاع خوانده می‌شود. می‌توانید خدماتی مانند موارد لیست شده در زیر را بدون تأییدیه قبلی PCP دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌کنندگان شبکه یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه

---

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- مراقبت فوری مورد نیاز از خدمات‌دهندگان شبکه
- خدمات اورژانس از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه زمانی که به ارائه‌دهندگان درون شبکه دسترسی ندارید (به عنوان مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید یا در تعطیلات آخر هفته)
- **توضیح:** مراقبت‌های مورد نیاز فوری باید واقعاً 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 خدماتی طرح ما هستید. لطفاً پیش از خروج از منطقه خدماتی، با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما می‌توانیم هنگامی که خارج از منطقه هستید در زمینه دیالیز کلیه به شما کمک کنیم.
- واکسن آنفولانزا، و واکسن COVID-19 و همچنین واکسن‌های هیپاتیت ب، و واکسن‌های ذات‌الریه، مادامی که از یک ارائه‌کننده خدمات شبکه دریافت شوند.
- مراقبت درمانی عادی از خانم‌ها و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه غربالگری 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 ارائه‌دهندگان خدمات درمانی سرخپوستان باشید، می‌توانید بدون نیاز به ارجاع از ارائه‌دهندگان 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 تأیید قبلی مانند ارجاع یا مجوز قبلی از طرف PCP نیاز داشته باشند، به **فصل 4**، بخش **D**، صفحه **78** 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.
- یک ارجاع کتبی ممکن است برای یک بار مراجعه باشد یا اگر به خدمات مستمر نیاز دارید ممکن است یک ارجاع ثابت برای بیش از یک مراجعه باشد. ما باید برای هر یک از وضعیت‌های زیر، یک ارجاع ثابت برای مراجعه به یک متخصص واجد شرایط بدهیم:
- یک وضعیت مزمن (مداوم)؛
  - یک بیماری روانی یا جسمی تهدیدکننده زندگی؛

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- بیماری یا ناتوانی دژنراتیو؛
  - هر بیماری یا بیماری دیگری که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد که نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.
- اگر در صورت نیاز یک ارجاع کتبی دریافت نکنید، ممکن است صورتحساب پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر، با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اگر نتوانیم یک ارائه دهنده واجد شرایط در شبکه طرح برای شما پیدا کنیم، باید برای هر یک از بیماری‌های زیر به شما مجوز خدمات دائمی برای متخصص واجد شرایط بدهیم:

- یک وضعیت مزمن (مداوم)؛
  - یک بیماری روانی یا جسمی تهدید کننده زندگی؛
  - بیماری یا ناتوانی دژنراتیو؛
  - هر بیماری یا بیماری دیگری که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد که نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.
- اگر در صورت نیاز مجوز خدمات را از ما دریافت نکنید، ممکن است صورتحساب پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر، با شماره تلفن درج شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

برای اینکه بتوانید نزد یک متخصص بروید، معمولاً لازم است که ابتدا اجازه کتبی 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 کتبی (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 کتبی (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 به متخصص طرح درمانی یا بیمارستانی مراجعه کنید که PCP فعلی‌تان 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 کتبی 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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل

و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



خواهد شد. برای خدمات خاصی که نیاز به مجوز قبلی دارند، به نمودار مزایا در **فصل 4**، بخش **D**، صفحه **78** 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.
  - به شما اطلاع می‌دهیم ارائه‌دهنده‌تان در حال خروج از طرح است تا زمان کافی برای انتخاب یک ارائه‌دهنده جدید داشته باشید.
    - اگر پزشک اولیه یا ارائه‌دهنده خدمات سلامت رفتاری شما طرح ما را ترک کند و در سه سال گذشته توسط او ویزیت شده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
    - اگر هرکدام از سایر ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج شوند و آن ارائه دهنده در حال حاضر برای شما تعیین شده باشد، اگر در حال حاضر خدمات درمانی را از او دریافت می‌کنید یا اگر در سه ماه گذشته توسط او ویزیت شده اید، این مسئله را به شما اطلاع خواهیم داد.
  - به شما کمک خواهیم کرد تا یک ارائه‌کننده مجرب جدید در داخل شبکه برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود انتخاب کنید.
  - اگر در حال حاضر تحت درمان یا درمان‌های پزشکی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، این حق را دارید که بخواهید، و ما با شما کمک می‌کنیم تا تضمین شود، که درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی که دریافت می‌کنید ادامه پیدا خواهند کرد.
  - ما اطلاعاتی در مورد دوره های مختلف ثبت نام در دسترس شما و گزینه هایی که ممکن است برای تغییر برنامه داشته باشید در اختیار شما قرار می‌دهیم.
  - اگر نتوانیم یک متخصص واجد شرایط داخل شبکه که برای شما قابل دسترس است پیدا کنیم، باید یک متخصص خارج از شبکه را ترتیب دهیم تا در صورت موجود نبودن یا ناکافی بودن یک ارائه‌دهنده یا مزایای درون شبکه برای رفع نیازهای پزشکی شما، مراقبت شما را ارائه دهد. برای این کار باید از قبل تأییدیه کتبی دریافت کنید وگرنه صورتحساب پرداخت نمی‌شود.
  - 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 ارائه‌دهندگان 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 تماس با ما، لطفاً اطلاعات پایین این صفحه را ببینید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.





## D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه:

می‌توانید بدون ارجاع یا مجوز قبلی برای خدمات اضطراری یا خدمات فوری مورد نیاز، به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه بروید. خدمات دیالیز برای اعضای ESRD که به خارج از منطقه خدماتی طرح سفر کرده اند نیز بدون مجوز قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرد.

- در غیر این صورت، اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده می‌کنید، باید تأیید قبلی کتبی داشته باشید. ما نمی‌توانیم به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه که برای ارائه خدمات به شما تأیید نشده است، پول پرداخت کنیم.
  - اگر تصمیم گرفتید نزد ارائه‌کننده‌ای بروید که تأیید نشده است، باید هزینه کامل خدماتی را که دریافت می‌کنید بپردازید.
- اگر به یک ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کنید، این ارائه‌کننده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.
- اگر خدمات‌دهنده واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نباشد نمی‌توانیم هزینه آن را پرداخت کنیم.
  - اگر نزد ارائه‌کننده‌ای بروید که برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را بپردازید.
  - اگر برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نباشید، ارائه‌کنندگان باید به شما اطلاع دهند.

## E. خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS)

LTSS یک سرویس دارای مزایای Medi-Cal است که شامل طیف گسترده‌ای از خدمات و پشتیبانی است که به ذینفعان واجد شرایط کمک می‌کند تا نیازهای روزانه خود به کمک را برآورده کرده و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. به عنوان مثال می‌توان به کمک در حمام کردن، لباس پوشیدن و سایر فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره و مراقبت از خود، و نیز پشتیبانی در کارهای روزمره مانند لباسشویی، خرید و جابه‌جایی اشاره کرد. LTSS در یک دوره طولانی، عمدتاً در خانه‌ها و نواحی محلی، و نیز در محیط‌های مراکز مانند مراکز پرستاری ارائه می‌شود. همانطور که در بخش 14186.1 WIC توضیح داده شد، LTSS تحت پوشش Medi-Cal شامل تمام موارد زیر است:

a. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) ارائه شده بر اساس ماده 7 قانون رفاه و مؤسسات California (بخش 12300 به بعد) از فصل 3، و بخش‌های 14132.95، 14132.952، و 14132.956.

b. خدمات محلی بزرگسالان (CBAS)

c. خدمات «برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)».

d. خدمات مرکز پرستاری تخصصی و خدمات مراقبت تحت حاد.

LTSS می‌تواند به شما کمک کند در خانه بمانید و از اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی خودداری کنید. شما از طریق طرح ما به LTSS خاصی دسترسی دارید، از جمله مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، خدمات محلی بزرگسالان (CBAS) و پشتیبانی‌های محلی. نوع دیگری از LTSS، برنامه خدمات حمایتی در خانه از طریق آژانس خدمات اجتماعی شهرستان شما در دسترس است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

عضو باید شرایط واجد شرایط بودن و معیارهای مشخص شده برای یکی (1) از دسته های زیر یا بیشتر را برای دسترسی به LTSS داشته باشد:

1. اعضای که سطح مراقبت A (NF-A) مرکز پرستاری یا بالاتر، و معیارهای واجد شرایط بودن و ضرورت پزشکی مندرج در قانون رفاه و مؤسسات، بخش های (a), (c), (d) و 14525(a), (c), (d), (1), (3), (4), (5) و 14526.1(d); و 14526(e) را برآورده می کنند.
2. افرادی که دارای یک آسیب مغزی اِمدارزاد، اکتسابی یا تروماتیک و/یا بیماری روانی مزمن هستند و نیازمند کمک یا نظارت حداقل در موارد زیر هستند:
  - a. دو (2) مورد از فعالیت های زیر از فعالیت های زندگی روزانه/ابزاری زندگی روزمره (ADLs/IADLs): حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن مستقل، توالیت رفتن، گردش، انتقال، مدیریت دارو، و بهداشت یا،
  - b. یک (1) ADL/IADL ذکر شده در بالا، و یکی (1) از موارد زیر: مدیریت پول، دسترسی به منابع، تهیه غذا، یا جابه جایی.
3. اعضای مبتلا به بیماری آلزایمر متوسط تا شدید یا سایر بیماری های زوال عقل که با مراحل زیر مشخص می شوند:
  - a. مرحله 5: زوال شناختی نسبتاً شدید: خلاءهای عمده در حافظه و نقص در عملکرد شناختی ظاهر می شود. مقداری کمک در فعالیت های روزمره ضروری می شود.
  - b. مرحله 6: کاهش شدید شناختی: مشکلات حافظه همچنان بدتر می شوند، تغییرات شخصیتی قابل توجهی ممکن است ظاهر شود و افراد مبتلا، به کمک زیاد در فعالیت های روزانه نیاز دارند.
  - c. مرحله 7: زوال شناختی بسیار شدید: این مرحله نهایی بیماری است که در آن افراد توانایی پاسخ دادن به محیط خود، توانایی صحبت کردن و در نهایت توانایی کنترل حرکت را از دست می دهند.
4. اعضای دارای اختلال شناختی خفیف از جمله بیماری آلزایمر متوسط یا سایر انواع زوال عقل، که با مشخصه های مرحله 4 بیماری آلزایمر مشخص می شود، که به عنوان آلزایمر خفیف یا اولیه تعریف می شود که با یک (1) مورد از موارد زیر، یا بیشتر، مشخص می شود:
  - a. کاهش آگاهی از رویدادهای اخیر.
  - b. اختلال یا ناتوانی در انجام محاسبات ذهنی سخت.
  - c. کاهش توانایی انجام کارهای پیچیده.
  - d. کاهش حافظه زندگی گذشته شخصی.
  - e. فرد آسیب دیده ممکن است آرام و گوشه گیر به نظر برسد، به خصوص در مواقع چالش برانگیز اجتماعی یا ذهنی.
  - f. فرد ذینفع همچنین در دو (2) مورد از ADL/IADL های زیر به کمک یا نظارت نیاز دارد: حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن مستقل، توالیت، مسافرت، انتقال، مدیریت دارو، و بهداشت.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



5. افراد دارای معلولیت رشد که معیارها و قابلیت واجد شرایط بودن مرکز منطقه ای را دارند.

## F. خدمات سلامت رفتاری (بهداشت روان و اختلال مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشتی رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش مراقبت های مدیریت شده Medicare و Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روانی یا خدمات اختلال سوء مصرف مواد شهرستان تحت پوشش Medi-Cal را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق آژانس بهداشت رفتاری شهرستان محلی شما در دسترس شما هستند.

### F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما ارائه می‌شود

اگر از نظر پزشکی واجد شرایط دریافت خدمات تخصصی بهداشت روان باشید، خدمات تخصصی بهداشت روان Medi-Cal از طریق طرح بهداشت روان کانتی (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات تخصصی سلامت روانی Medi-Cal که از سوی سازمان‌های مذکور در جدول زیر ارائه می‌شوند، عبارتند از:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی 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 (FFS) Medi-Cal در دسترس شما هستند. خدمات Drug Medi-Cal که در شهرستان‌های Los Angeles و Sacramento و Tulare ارائه می‌شوند، عبارتند از:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



ناحیه	سازمان
Los Angeles	پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد (SAPC) آژانس بهداشت شهرستان Los Angeles
Sacramento	اداره خدمات بهداشتی و درمانی خدمات پیشگیری و درمان استفاده از مواد
Tulare	خدمات پیشگیری، درمان و بهبودی الکل و سایر مواد مخدر (AOD)

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
  - خدمات درمان مسکونی
  - خدمات بدون استفاده از دارو برای بیماران سرپایی
  - خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر
  - خدمات naltrexone 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 معیارها ممکن است به خدمات داوطلبانه سم زدایی بیماران بستری نیز دسترسی داشته باشید.

شما به خدمات درمانی سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته و تحت پوشش Medicare بوده و از طریق Wellcare by Health Net مدیریت می‌شود نیز دسترسی خواهید داشت خدمات سلامت رفتاری عبارتند از موارد زیر، ولی به آنها محدود نمی‌شوند:

- 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- 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 بستری شدن ناکامل در بیمارستان و ویژه برای بیماران سرپایی در مرکز تحت جواز Medicare.
  - سمزدایی: خدمات بیماران سرپایی برای سمزدایی بدن در موارد حاد و درمان شرایط حاد پزشکی مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر.
  - خدمات اورژانسی: معاینه تشخیصی، معاینه و ارزیابی برای تشخیص اینکه آیا یک عارضه پزشکی اضطراری روانی وجود دارد و مراقبت و درمان لازم برای تسکین یا رفع عارضه پزشکی اضطراری روان.
- برای اطلاعات ارائه‌کننده، لطفاً به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های خود مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضاء Wellcare by Health Net به این شماره 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. یا از وبسایت ما به آدرس زیر بازدید کنید [www.wellcare.com/healthnetCA](http://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 127 مراجعه کنید: مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal نیستند.

#### 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، بخش D، صفحه 78 مراجعه کنید. برای دریافت مجوز قبلی برای این خدمات، باید با خدمات اعضاء 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 می‌دهد که شما را برای تعیین اینکه آیا به درمان بیشتری نیاز است یا خیر، ارزیابی می‌کند. 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 کانتی ارجاع دهد.

روش‌های ارجاع بین Wellcare by Health Net و اداره سلامت روان شهرستان Los Angeles (DMH) و بخش بهداشت عمومی شهرستان Los Angeles (پیشگیری و کنترل اختلال مصرف مواد) (DPH/SAPC)، بخش بهداشت روان شهرستان Riverside بخش بهداشت رفتاری San Bernadino 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 کانتی، مدیران پرونده کانتی، PCPها، اعضا و خانواده‌هایشان. این منابع معرفی می‌توانند از طریق تماس با شماره‌ای که روی کارت شناسایی عضویت شما درج شده است، با ما تماس بگیرند. ما واجد شرایط بودن را تأیید

---

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



کرده و خدمات را در صورت لزوم اجازه می‌دهد.

ما با شهرستان همکاری می‌کنیم تا ارجاع لازم و هماهنگسازی مراقبت برای شما را ارائه کنیم.

ارجاعات برای سلامت روان تخصصی کانتی 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 کانتی، مدیران پرونده کانتی، 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 234 مراجعه کنید.

**ادامه مراقبت برای اعضای 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). 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.

## **G. خدمات ایاب و ذهاب**

### **G1. 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 خود صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP شما 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 Dual Align (HMO D-SNP) برای تأیید آن را تجویز خواهند کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، تأییدیه برای یک سال معتبر است. PCP شما 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 زباله، ون ویلچر یا حمل و نقل هوایی است. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) امکان حمل و نقل تحت پوشش با کمترین هزینه و مناسبترین حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما زمانی که نیاز به استفاده از وسیله نقلیه برای رسیدن به قرار ملاقات خود دارید، فراهم می‌کند. به عنوان مثال، اگر از نظر فیزیکی یا پزشکی امکان این باشد که شما با یک ون ویلچردار جابه‌جا شوید، Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. فقط زمانی می‌توانید از حمل هوایی استفاده کنید که عارضه پزشکی شما، استفاده از هر گونه وسیله نقلیه زمینی را ناممکن ساخته باشد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

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 **قرارهای معمول عادی** تجویز کرده است، حداقل 72 ساعت قبل از قرار ملاقات خود (دوشنبه تا جمعه) با **Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)** به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) 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 Dual Align (HMO D-SNP)** کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را با در نظر گرفتن نیازهای پزشکی شما از خانه‌تان تا محل نزدیکترین خدمات‌دهنده که با آن قرار ملاقات دارید، 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 Dual Align (HMO D-SNP)** به شما کمک می‌کند تا حمل و نقل خود را برنامه‌ریزی کنید. فهرستی از خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه موجود است. حمل و نقل خارج از شبکه یا منطقه خدماتی **Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)** پوشش داده نمی‌شود مگر اینکه از قبل برای آن مجوز داده شده باشد.

### G2. 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 مورد تأیید از سوی ارائه‌کننده‌تان می‌روید یا بر می‌گردید، یا
- برای تحویل گرفتن داروهای نسخه‌ای و لوازم پزشکی می‌روید.

**Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)** به شما اجازه استفاده از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر امکانات حمل و نقل عمومی/خصوصی را برای رفتن به قرار ملاقات غیر پزشکی جهت خدمات مجاز شناخته شده از سوی ارائه‌دهنده شما می‌دهد. **Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)** از **Access2Care** برای هماهنگ کردن حمل‌ونقل غیرپزشکی استفاده می‌کند. 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 Dual Align (HMO D-SNP)** قبل از اینکه از خدمات جابه‌جایی استفاده کنید باید آن را تأیید کند، و شما باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید از طریق دیگری مانند اتوبوس جابه‌جا شوید. می‌توانید از طریق تماس یا ایمیل یا حضوری به ما بگویید. شما نمی‌توانید هزینه رانندگی خود را بازپس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



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 خدمات دارای مجوز، با بخش خدمات اعضای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) حداقل 72 ساعت قبل از قرار ملاقات (دوشنبه تا جمعه) تماس بگیرید. برای قرار ملاقات‌های فوری، لطفاً هر چه سریعتر تماس بگیرید. هنگام تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

**توضیح:** سرخپوستان آمریکا ممکن است برای درخواست حمل و نقل غیر پزشکی با کلینیک بهداشت سرخپوستان محلی خود تماس بگیرند.

#### محدودیت‌های حمل و نقل غیر پزشکی

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را با در نظر گرفتن نیازهای شما از خانه‌تان تا محل نزدیک‌ترین خدمات‌دهنده که با آن قرار ملاقات دارید، ارائه می‌دهد. شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه دریافت کنید.

حمل و نقل غیر پزشکی اعمال نمی‌شود اگر:

- یک آمبولانس، ون تخت‌دار 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.

---

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

### H1. 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

---

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- 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 شخصی دیگر باید با تماس بگیرید و درباره مراقبت اورژانسی خود توضیح دهید. با این حال، در صورت تأخیر در اطلاع‌رسانی، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. از طریق شماره درج شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

#### خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی پزشکی

اگر برای رفتن به اتاق اورژانس به آمبولانس نیاز دارید، برنامه درمانی ما آن را پوشش می‌دهد. خدمات پزشکی ارائه شده در شرایط اورژانسی را پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به نمودار مزایا در فصل 4، بخش D، صفحه 78 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» در جدول مزایای فصل 4، بخش D، صفحه 78 این کتابچه مراجعه کنید یا با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 تماس بگیرید (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.

ارائه دهندگانی که به شما مراقبت‌های اورژانسی می‌دهند تصمیم می‌گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار است و اورژانس پزشکی به پایان برسد. آنها به درمان شما ادامه می‌دهند و در صورت نیاز به مراقبت‌های 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.

---

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## 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
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت فوری» تلقی می‌شود و از مقررات برای دریافت آن پیروی می‌کنید. (به بخش بعد مراجعه کنید.)

## H2. 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 مراقبت مورد نیاز شما را از طریق ارائه دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم.

در وضعیت‌های اورژانسی جدی: با شماره «911» تماس گرفته یا به نزدیکترین بیمارستان بروید.

اگر وضعیت‌تان زیاد جدی 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 وضعیت‌تان اورژانسی است یا به خدمات فوری نیاز دارید یا خیر، خط پرستاری ما در هر زمانی، روز یا شب، در دسترس شما است. می‌توانید با شماره 1-800-893-5597 (TTY: 711) که 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در دسترس است، با خط مشاوره پرستار ما تماس بگیرید.

شما به عنوان عضو Wellcare by Health Net می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، 365 روز به خدمات خدمات تریاژ یا غربالگری دسترسی داشته باشید. همچنین می‌توانید با تماس با شماره پشت کارت شناسایی خود یا در پایین این صفحه، در صورت نیاز به کمک برای یافتن ارائه‌دهنده، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین مرکز خدمات اعضا می‌تواند شما را به خط پرستاری منتقل کند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



### مراقبت فوری مورد نیاز خارج از منطقه خدماتی طرح ما

هنگامی که شما خارج از منطقه خدماتی 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 «مراقبت اورژانسی» در جدول مزایای در فصل 4، بخش D، صفحه 78 این کتابچه مراجعه کنید.

### H3. مراقبت در شرایط بروز بلایا

اگر فرماندار California، 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 مراقبت مورد نیاز در زمانی که یک فاجعه طبیعی اعلام شده است به این آدرس مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA).

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 ایاز 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 135 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

### A. 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 کرده‌اید یا اگر صورتحسابی برای خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، جهت کسب اطلاعات در خصوص اینکه باید چکار کنید به فصل 7، بخش A، صفحه 157 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

### 11. 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 نمودار مزایای طرح ما ذکر شده باشد (به فصل 4، بخش D، صفحه 78 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) و
- مقررات طرح برای دریافت خدمات مزبور رعایت شده باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



اگر خدماتی دریافت می کنید که طرح ما آن را پوشش نمی دهد، هزینه کامل را خودتان پرداخت می کنید، مگر اینکه توسط برنامه Medi-Cal دیگری خارج از طرح ما پوشش داده شود.

اگر می خواهید بدانید که آیا ما برای هر گونه خدمات یا مراقبت پزشکی هزینه می کنیم 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 خواهیم کرد، شما حق دارید که در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

در فصل 9، بخش E، صفحه 196 از دفترچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است که اگر بخواهید ما خدمات یا اقلامی را تحت پوشش قرار دهیم، باید چه کاری انجام دهید. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر برای تصمیم پوشش ما را به شما می گوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود می توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

ما هزینه بعضی از خدمات را تا سقفی خاص پرداخت می کنیم. اگر از این محدوده فراتر روید، باید هزینه کامل آن نوع خدمات را شخصاً پرداخت کنید. برای محدودیت های ویژه مزایا، به فصل 4 بروید. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید محدودیت های مزایا چیست و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده اید.

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

### J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی کلینیکی

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

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

مادامی که در تحقیق حضور دارید، می توانید همچنان در طرح ما باقی بمانید. به این ترتیب، طرح ما همچنان شما را برای خدمات و مراقبت های غیر مرتبط با مطالعه تحت پوشش قرار می دهد.

در صورت تمایل به شرکت در یک تحقیق بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی نیست که به ما بگویید یا از ما یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه دهندگانی که خدمات درمانی مرتبط به تحقیق را به شما ارائه می کنند لازم نیست که جزو ارائه دهندگان شبکه باشند. توجه داشته باشید این مورد شامل مزایایی نمی شود که بر عهده طرح ما هستند و آزمایش بالینی یا رجیستری بخشی از آن برای ارزیابی مزایا است. این موارد شامل بعضی مزایای خاص است که در «تعیین پوشش ملی» (NCD) و «آزمایش های دستگاه های تحقیقاتی» (IDE) مشخص شده اند و ممکن است برای آنها به مجوز قبلی و پیروی از بعضی از قوانین دیگر طرح نیاز باشد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل

و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



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 که از سوی Original Medicare برای اعضا پوشش داده می‌شود، توصیه می‌کنیم شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت شما با خدمات اعضا تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که داوطلب شرکت در یک آزمایش بالینی شده اید.

## J2. پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت زمانی که در پژوهش تحقیقاتی بالینی حضور دارید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که Medicare تایید می‌کند داوطلب شوید، هیچ هزینه ای برای خدمات تحت پوشش مطالعه پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه های معمول مرتبط با مراقبت شما را پرداخت می‌کند. 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 شدن و خوراک در بیمارستان توسط Medicare پرداخت می‌شود حتی اگر در پژوهش شرکت نکرده باشید
- جراحی یا سایر عمل‌های پزشکی که بخشی از پژوهش باشند
- درمان هرگونه اثرات جانبی و اختلالات مربوط به یک مراقبت

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

## J3. 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](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). همچنین می‌توانید به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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

### K1. 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).

### K2. 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل

و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- منظور از خدمات درمانی «غیر متعارف» هر نوع خدماتی است که از نظر دولت فدرال، ایالت و قانون محلی داوطلبانه و غیر ضروری 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 طرح ما باشید، مراقبتی که از مؤسسه مراقبت های بهداشتی غیر پزشکی مذهبی دریافت می کنید باید شرایط زیر را داشته باشد:

- مرکزی که مراقبت را ارائه می کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
- پوشش خدمات برنامه درمانی ما به جنبه های غیر مذهبی مراقبت محدود می شود.
- 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 می دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
  - باید پیش از پذیرش در این مؤسسه از ما تاییدیه دریافت کنید، در غیر این صورت اقامت شما در آنجا پوشش داده نخواهد شد.

تا زمانی که الزامات بالا را برآورده کنید، برای بستری در بیمارستان پوشش نامحدود وجود دارد.

## L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

### L1. 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 دیابتی ها، تخت های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده برای استفاده در منزل، پمپ های تزریق درون رگی (IV)، دستگاه های تولید گفتار، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن، نیولایزر و واکر.

برخی اقلام، مانند پروتز، همیشه در تملک شما باقی خواهند ماند. در این قسمت درباره تجهیزات پزشکی بادوام که باید اجاره کنید توضیح داده می شود. در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از تجهیزات پزشکی بادوام را اجاره می کنند، پس از پرداخت هزینه مشترک برای کالا به مدت 13 ماه، صاحب تجهیزات می شوند. 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. برای کسب اطلاعات درباره شرایط اجاره یا مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام و اسنادی که باید ارائه کنید، با مرکز خدمات اعضای 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.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



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. حتی اگر قبل از پیوستن به طرح ما تا 12 ماه متوالی تحت Medicare دارای DME بودید، مالک تجهیزات نخواهید بود.

## L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

در برنامه Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند بعد از 13 ماه صاحب آن دستگاه خواهند بود. در برنامه Medicare Advantage (MA)، برنامه می‌تواند تعداد ماه‌هایی را تعیین کند که فرد باید انواع خاصی از DME را اجاره کرده باشد و پس از آن مالکیت تجهیزات به او تعلق می‌گیرد.

**توضیح:** تعریف طرح‌های Original Medicare و MA در فصل 12 ارائه شده است. همچنین در دفترچه Medicare و شما 2024 می‌توانید اطلاعات بیشتری کسب کنید. اگر نسخه‌ای از این دفترچه را ندارید، می‌توانید با مراجعه به وبسایت Medicare به آدرس ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) یا تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعته و در 7 روز هفته، این دفترچه را دریافت کنید. کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر Medi-Cal انتخاب نشود، در شرایط زیر در Original Medicare باید به صورت متوالی 13 پرداخت داشته باشید یا به ترتیب تنظیم شده توسط طرح MA باید پرداخت‌ها را انجام دهید تا بتوانید مالکیت DME را دریافت کنید:

- در حالیکه عضو برنامه ما بودید صاحب DME نشده باشید و
  - برنامه خود را ترک کنید و مزایای Medicare را خارج از هر برنامه درمانی در برنامه Original Medicare یا MA دریافت کنید.
- اگر پیش از پیوستن به برنامه ما، به برنامه Original Medicare یا MA بابت DME وجه پرداخت کرده‌اید، آن پرداخت به Original Medicare یا طرح MA به عنوان پرداختی که لازم است پس از ترک برنامه ما پرداخت کنید حساب نخواهد شد.

- در Original Medicare باید به صورت متوالی 13 پرداخت داشته باشید یا به ترتیب تنظیم شده توسط طرح MA باید پرداخت‌های جدیدی را انجام دهید تا بتوانید مالکیت DME را دریافت کنید.
- در صورت برگشت به طرح Original Medicare یا MA هیچ استثنایی در این مورد وجود نخواهد داشت

## L3. 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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



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 بازگردانده شوند.

### L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به برنامه **Original Medicare** یا طرح دیگر **Medicare Advantage (MA)**

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 می‌دهد.

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
- 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 تأمین‌کننده اجاره کنید.
  - تأمین‌کننده شما باید تجهیزات اکسیژن، وسایل و خدمات را برای 24 ماه دیگر در اختیار شما قرار دهد.
  - تازمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال یک بار چرخه جدیدی شروع می‌شود.
- هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری هستند و شما برنامه ما را ترک کنید و به برنامه **MA** بروید، این برنامه حداقل آن چیزی که **Original Medicare** پوشش می‌داد را پوشش خواهد داد. می‌توانید از برنامه جدید **MA** خودتان سوال کنید که چه تجهیزات و تدارکات اکسیژنی را پوشش می‌دهد و هزینه شما چه قدر خواهد بود.

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.





## 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. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفتريچه راهنمای اعضا آمده است.

**اعضای جدید Wellcare Dual Align (HMO D-SNP):** در بیشتر موارد، شما در اول ماه پس از درخواست عضویت در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)، در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برای مزایای Medicare ثبت‌نام خواهید شد. 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 Dual Align (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. هیچ شکافی در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما 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 سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## فهرست مطالب

A.	خدمات تحت پوشش بیمه شما.....	75
A1.	در حین مواقع اضطراری بهداشت عمومی.....	75
B.	قوانین مربوط به ارائه‌کنندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند.....	75
C.	درباره جدول مزایای طرح ما.....	76
D.	جدول مزایای برنامه ما.....	78
E.	مزایای تحت پوشش خارج از طرح شما.....	120
E1.	خدمات جابجایی افراد ناتوان در California (CCT).....	121
E2.	برنامه دندانپزشکی Medi-Cal.....	121
E3.	مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج.....	122
E4.	خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS).....	123
E5.	1915 (c) برنامه های چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS).....	123
F.	مزایایی که توسط طرح ما، Medicare، یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود.....	126

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

## 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 132 از دفترچه راهنمای اعضا موجود 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 49 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر برای درک خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با هماهنگ کننده مراقبت و/یا خدمات اعضا 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 می‌کند. 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) یا با خدمات اعضا تماس بگیرید. می‌توانید 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.

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

ما به ارائه دهندگان اجازه نمی‌دهیم هزینه خدمات تحت پوشش داخل شبکه 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 ارائه‌کننده دریافت کنید. اگر صورتحساب دریافت کردید، به **فصل 7**، بخش **A**، صفحه 157 از دفترچه راهنمای اعضا خود رجوع کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

## 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 خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌کنیم.
  - خدماتی مانند مراقبت پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و استفاده از مواد، خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت، لوازم، تجهیزات و داروها، باید به عنوان موارد دارای «ضرورت پزشکی» تعیین شوند. 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 می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری جلوگیری می‌کند. 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 بیشتر موارد، مراقبت‌هایی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه مراقبت‌های اضطراری یا فوری مورد نیاز باشد یا طرح شما یا یک ارائه‌دهنده شبکه، شما را ارجاع داده باشد. **فصل 3، بخش D**، صفحه 51 دفترچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه‌دهندگان شبکه و خارج از شبکه ارائه می‌دهد.
  - 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 (PCP) 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 51 دفترچه راهنمای اعضا حاوی اطلاعات بیشتری درباره دریافت یک ارجاع و زمانی که به ارجاع نیاز ندارید است.
  - 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 (PA) گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در نمودار مزایا را که نیاز به مجوز قبلی (PA) دارند به صورت فونت مورب می‌نویسیم.
- 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 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) در برنامه طراحی مراقبت سلامت و تندرستی بیمه مبتنی بر ارزش شرکت می‌کند، شما واجد شرایط خدمات WHP زیر از جمله خدمات برنامه ریزی مراقبت از قبل (ACP) خواهید بود:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

- اگر نمی‌توانید در آینده در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود تصمیم بگیرید، متخصصان پزشکی می‌توانند اطمینان حاصل کنند که خواسته‌های شما رعایت می‌شود. برنامه ریزی مراقبت از قبل به معنای گفتگو و تصمیم‌گیری در مورد مراقبتی است که در آینده می‌خواهید.
  - 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 می‌توانید 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
  - اگر برای پرداخت هزینه‌های برنامه داروهای نسخه‌ای Medicare، مانند حق بیمه، فرانشیزها و بیمه مشترک، «Extra Help» 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 78 بروید.
  - اعضا واجد شرایط حذف تقسیم هزینه برای داروهای Part D. برای جزئیات به **فصل 6** مراجعه کنید.
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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
- همه خدمات پیشگیری رایگان هستند. این علامت سیب 🍏 را در کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا خواهید یافت.
  - **پشتیبانی محلی:** 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 که شما از قبل تحت Medi-Cal می‌گیرید نمی‌شوند. 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)** یا هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان یا هماهنگ‌کننده مراقبت سلامت‌تان تماس بگیرید. ساعات کار خدمات اعضا: 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 سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

## D. جدول مزایای برنامه ما

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
\$0	<p> <b>غریبالگری آنوريسم آنورت شکمی</b></p> <p>ما هزینه یک بار سونوگرافی غریبالگری برای افراد در معرض خطر پرداخت خواهیم کرد برنامه ما فقط در صورتی هزینه این غریبالگری 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.</p>
\$0	<p><b>طب سوزنی</b></p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛</li> <li>• خاص نباشد (بدون علت سیستمی قابل شناسایی، مانند مواردی که مربوط به بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی نباشد)؛</li> <li>• مربوط به عمل جراحی نباشد؛ و</li> <li>• مربوط به بارداری نباشد.</li> </ul> <p>علاوه بر آن، اگر درد مزمن کمر شما تا حدودی بهبود پیدا کند، هزینه هشت 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.</p> <p>در صورتی که بهتر نشدید یا بدتر شدید، درمان طب سوزنی باید متوقف شود.</p> <p>طرح ما همچنین خدمات تکمیلی طب سوزنی (تحت پوشش Non-Medicare) را تا مجموع 24 بار در سال پوشش می‌دهد.</p> <p>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 سوالی دارید، لطفاً با طرح ما تماس بگیرید.</p> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p><b>طب سوزنی (ادامه)</b></p> <p>چند نمونه از خدمات تحت پوشش عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• انجام معاینات بیمار (در عرض 3 سال پس از معاینه جدید)</li> <li>• جلسه معاینات پیگیری در مطب - ممکن است شامل خدمات طب سوزنی یا معاینه مجدد باشد</li> <li>• نظر دوم از ارائه‌دهنده متفاوت در شبکه</li> <li>• خدمات فوری و اورژانسی.</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد</p>	
\$0	<p><b>مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل</b></p> <p>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.</p> <p>اگر معاینه تشخیصی شما برای اعتیاد به الکل مثبت باشد، می‌توانید حداکثر چهار جلسه کوتاه مشاوره رو در رو در سال را با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) یا کاروری در محیط مراقبت‌های اصلی دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هشدار باشید).</p>	
\$0	<p><b>خدمات آمبولانس</b></p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه برای شرایط اضطراری یا غیر-اضطراری، شامل خدمات آمبولانس بال ثابت، بال چرخشی و زمینی است. آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد.</p> <p>عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا جان شما خطرناک باشد.</p> <p>خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اضطراری) باید به تأیید ما برسد. در مواردی که اضطراری نمی‌باشند، 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.</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
\$0	<p><b>معاینه روتین جسمی سالانه</b></p> <p>معاینه فیزیکی سالیانه شامل معاینه قلب، ریه، شکم و سیستم های عصبی، و همچنین معاینه دستی قسمت های مختلف بدن (مانند سر، گردن و اندام های تحتانی)، بررسی کامل سوابق پزشکی/خانوادگی در کنار سایر خدمات موجود در «ویزیت تندرستی سالیانه».</p>	
\$0	<p><b>ویزیت تندرستی سالانه</b></p> <p>شما می‌توانید یک معاینه چک آپ سالانه را دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی برنامه پیشگیری براساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می‌باشد. ما هر 12 ماه یک بار این هزینه را پرداخت خواهیم کرد.</p> <p><b>توجه:</b> اولین ویزیت سالانه سلامتی شما نمی‌تواند دیرتر از 12 ماه پس از ویزیت <b>Welcome to Medicare</b> شما انجام شود. با این حال، برای دریافت ویزیت سالانه تندرستی پس از گذراندن <b>Part B</b> به مدت 12 ماه، نیازی به ویزیت <b>Wecome to Medicare</b> ندارید.</p>	
\$0	<p><b>خدمات پیشگیرانه آسم</b></p> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>سنجش تراکم استخوان</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی)</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک ماموگرام اولیه بین 35 و 39 سالگی</li> <li>• یک معاینه غربالگری ماموگرام هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا</li> <li>• معاینات بالینی سینه هر 24 ماه</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد		
\$0	<p><b>خدمات توانبخشی قلبی</b></p> <p>ما هزینه‌های مربوط به خدمات توانبخشی قلب مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایط خاصی داشته باشند و ارجاع پزشک را داشته باشند. ما همچنین هزینه برنامه‌های توانبخشی قلبی متمرکز را پوشش می‌دهیم که از برنامه‌های توانبخشی قلبی فشرده‌تر است.</p>		
\$0	<p><b>ویزیت کاهش خطر بیماری قلب و عروق (درمان بیماری قلبی)</b></p> <p>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 (PCP) پرداخت می‌کنیم. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• استفاده از آسپیرین را توصیه کند،</li> <li>• فشار خون شما را کنترل کند، و/یا</li> <li>• به شما راهنمایی‌هایی ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می‌خورید.</li> </ul>		
\$0	<p><b>آزمایش بیماری قلب و عروق</b></p> <p>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.</p>		
\$0	<p><b>غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای همه زنان: آزمایشات پپ و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه</li> <li>• برای زنانی که احتمال بروز سرطان دهانه رحم یا واژن در آنها زیاد است: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر</li> <li>• برای زنانی که نتیجه تست پاپ اسمیر آن‌ها در سه سال گذشته غیرطبیعی بوده است و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر</li> <li>• برای زنان بین 30 تا 65 سال: آزمایش پاپیلوماوی انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ اسمیر به علاوه HPV هر 5 سال یکبار</li> </ul>		

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
\$0	<p><b>خدمات کایروپراکتیک (پادرمانی)</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• میزان سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی</li> </ul> <p>طرح ما همچنین خدمات تکمیلی کایروپراکتیک (تحت پوشش Non-Medicare) را تا 24 بار در سال پوشش می‌دهد.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد</b> </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای انجام کولونوسکوپی هیچ محدودیتی برای حداقل یا حداکثر سن وجود ندارد و هر 120 ماه (10 سال) برای بیمارانی که در معرض خطر بالایی هستند پوشش داده می‌شوند، یا هر 48 ماه بعد از سیگمونیوسکوپی انعطاف پذیر برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ نیستند، و هر 24 ماه برای بیمارانی که بعد از کولونوسکوپی یا معاینه تشخیصی تنقیه باریوم در معرض خطر بالایی هستند پوشش داده می‌شوند.</li> <li>• سیگمونیوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه برای بیمارانی که بعد از انجام کولونوسکوپی مشخص شده است در معرض خطر بالایی نیستند. هر 48 ماه یک بار برای بیمارانی که بعد از آخرین سیگمونیوسکوپی انعطاف پذیر یا تنقیه باریوم در معرض خطر بالایی هستند.</li> <li>• غربالگری آزمایش خون مخفی مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یکبار.</li> <li>• آزمایش چندمنظوره DNA مدفوع برای بیماران 45 تا 85 ساله و کسانی که علائمی پرخطری را ندارند. هر 3 سال یکبار.</li> <li>• آزمایش‌های نشانگر زیستی مبتنی بر خون برای پتنت‌های 45 تا 85 ساله و فاقد معیارهای پرخطر. هر 3 سال یکبار.</li> <li>• تنقیه باریوم به عنوان جایگزین کولونوسکوپی در بیمارانی که در معرض خطر بالایی هستند و 24 ماه از آخرین معاینه تنقیه باریوم یا آخرین غربالگری کولونوسکوپی آنها گذشته است.</li> <li>• تنقیه باریوم به عنوان جایگزینی برای سیگمونیوسکوپی انعطاف پذیر برای بیماران غیر در معرض خطر و بالای 45 سال. حداقل یک بار 48 ماه پس از آخرین باریوم انما غربالگری یا سیگمونیوسکوپی انعطاف پذیر غربالگری.</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p>اگر نتیجه آزمایش غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد از طریق مدفوع و به صورت غیرتهاجمی که تحت پوشش Medicare انجام می‌شود مثبت باشد، در این صورت غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد شامل یک غربالگری کولونوسکوپی پیگیری خواهد بود.</p>	
\$0	<p><b>خدمات محلی بزرگسالان (CBAS)</b></p> <p>برنامه CBAS برنامه سلامت روزانه و محلی است که به سالمندان و بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های مزمن، عارضه‌های شناختی یا روانی و/یا معلولیت که احتمال ضرورت درمان بیمارستانی آنها وجود دارد، خدمات ارائه می‌دهد.</p> <p>برنامه CBAS جایگزینی برای مراقبت سازمانی برای ذینفعان Medi-Cal است که می‌توانند با کمک خدمات سلامت، توانبخشی، مراقبت شخصی و خدمات اجتماعی مناسب در خانه زندگی کنند. برنامه CBAS بر مشارکت با فرد مشمول، خانواده و/یا مراقب، پزشک مراقبت‌های اولیه و جامعه در تلاش برای حفظ استقلال شخصی، تاکید دارد.</p> <p>خدمات ارائه شده در این مرکز عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پرستاری حرفه‌ای</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی</li> <li>• خدمات سلامت روان</li> <li>• فعالیت‌های درمانی</li> <li>• خدمات اجتماعی</li> <li>• مراقبت شخصی</li> <li>• غذاهای گرم و مشاوره تغذیه</li> <li>• انتقال به محل سکونت فرد شرکت کننده یا انتقال از آن</li> </ul> <p><b>توضیح:</b> اگر مرکز CBAS در دسترس نباشد، ما می‌توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم.</p>	
\$0	<p><b>خدمات دندانپزشکی</b></p> <p>به عنوان یک عضو Medi-Cal، بسیاری از خدمات دندانپزشکی استاندارد از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal در دسترس هستند؛ که شامل موارد زیر هستند اما محدود به آنها نیستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینات دندانپزشکی (هر 12 ماه یکبار)</li> <li>• تمیز کردن دندان (هر 12 ماه یکبار)</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• پوسته پوسته شدن و صاف کردن ریشه</li> <li>• وارنیش فلوراید (هر 12 ماه یکبار)</li> <li>• اشعه ایکس</li> <li>• پر کردن</li> <li>• تاج‌ها (تاج روی دندان های آسیاب یا پرمولر (دندان های پشتی) ممکن است در برخی موارد پوشیده شوند)</li> <li>• عصب‌کشی</li> <li>• پروتزهای جزئی و کامل</li> <li>• ریلاین دندان مصنوعی</li> <li>• کشیدن دندان</li> <li>• خدمات اورژانسی</li> </ul> <p>می‌توانید اطلاعات بیشتر درباره مزایای دندانپزشکی Medi-Cal خود را در <a href="https://smilecalifornia.org">https://smilecalifornia.org</a> یا با تماس با شماره 1-800-322-6384 دریافت کنید. این تماس رایگان است.</p> <p>مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه های هزینه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal و مراقبت های مدیریت شده دندان (DMC) در دسترس است. نمایندگان برنامه هزینه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر از دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما در دسترس هستند.</p> <p>کاربران TTY باید با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را زمانی پرداخت می‌کنیم که این خدمات بخش یکپارچه ای از درمان خاص شرایط پزشکی اولیه ذینفع باشد. چند نمونه از این شرایط عبارتند از ترمیم و بازسازی فک بعد از شکستگی یا جراحی، کشیدن دندان برای آماده شدن برای پرتودرمانی و درمان سرطان که شامل آزمایش های فک و دهان و دندان قبل از پیوند کلیه می‌شود.</p> <p>علاوه بر مزایای دندانپزشکی تحت پوشش Medi-Cal شما، طرح Wellcare Dual Align ما خدمات و اقدامات دندانپزشکی اضافی را نیز پوشش می‌دهد. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به آنها نیست:</p> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p><b>خدمات دندانپزشکی (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تاج دندان - فلزات نجیب - هر 5 سال تقویمی یک بار برای هر دندان</li> <li>• پروتزهای دندانی (دندان مصنوعی) - هر 2 سال تقویمی برای هر فک</li> <li>• بریج - هر 5 سال تقویمی برای هر دندان</li> </ul> <p>استثناها و محدودیت‌هایی اعمال می‌شود.</p> <p>اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دندانی شامل فهرست دقیق روش‌های تحت پوشش، محرومیت‌ها و محدودیت‌ها نیز در وبسایت ما موجود است.</p> <p>از <a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a> دیدن کنید، روی خرید طرح‌ها در بالای صفحه وب کلیک کنید، سپس Plan Benefit Materials را انتخاب کنید. گواهی پوشش دهی (EOC) را انتخاب کنید. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) را در لیست قرار دهید تا جزئیات مزایای دندانپزشکی را برای این طرح ببینید. <i>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</i></p>	
\$0	<p><b>غربالگری افسردگی</b></p> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری دیابت</b></p> <p>اگر هرکدام از عوامل خطر زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربالگری (از جمله آزمایش قند ناشتا) را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فشار خون بالا</li> <li>• تاریخچه میزان غیرعادی کلسترول و تری‌گلیسیرید</li> <li>• چاقی</li> <li>• تاریخچه قند خون بالا (گلوکز)</li> </ul> <p>آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر از قبیل اینکه مبتلا به اضافه وزن و تاریخچه خانوادگی دیابت باشید تحت پوشش باشند.</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p>بستگی به نتایج آزمایش، ممکن است واجد شرایط حداکثر دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه باشید.</p>
\$0	<p> آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را برای تمام افرادی که بیماری دیابت دارند پرداخت می‌کنیم (چه از انسولین استفاده کنند یا خیر):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● لوازم کنترل و نظارت بر قند خون شامل موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ دستگاه کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون</li> <li>○ نوارهای آزمایش گلوکز/قند خون</li> <li>○ تیغ و وسیله‌های مربوطه</li> <li>○ محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل</li> </ul> </li> <li>● برای افراد مبتلا به دیابت که بیماری‌های شدید ناشی از دیابت در ناحیه پای خود دارند، ما هزینه موارد زیر را پرداخت می‌کنیم: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ یک جفت کفش سفارشی طبی (شامل قالب) به همراه خدمات اندازه کردن کفش‌ها و دو جفت قالب اضافی در هر سال تقویمی، یا</li> <li>○ یک جفت کفش عمق‌دار، به همراه خدمات اندازه کردن کفش و سه جفت قالب در سال (شامل قالب‌های برداشتنی غیرسفرشی نمی‌شود که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند)</li> </ul> </li> </ul> <p>آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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.</li> </ul> <p>محصولات OneTouch™ از سوی Lifescan are، لوازم تست مورد ترجیح بیماران دیابتی هستند (مانیتورهای گلوکز و نوارهای تست). سایر برندها تحت پوشش نیستند؛ مگر در صورت ضرورت پزشکی و با مجوز قبلی.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
\$0	<p><b>خدمات همراه زانو</b></p> <p>برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با همراه زانو در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و درد زایمان را پرداخت می‌کنیم.</p>
\$0	<p><b>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه</b></p> <p>برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)» به فصل 12 در دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</p> <p>ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• صندلی چرخ‌دار از جمله صندلی چرخ‌دار برقی</li> <li>• عصای زیر بغل</li> <li>• سیستم خوشخواب برقی</li> <li>• پد فشار خشک برای تشک</li> <li>• لوازم دیابت</li> <li>• تخت‌های بیمارستان که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه خود سفارش داده می‌شوند</li> <li>• پمپ و پل تزریق درون وریدی (IV)</li> <li>• دستگاه‌های تولید گفتار</li> <li>• تجهیزات و لوازم اکسیژن</li> <li>• نبولایزر</li> <li>• واکر</li> <li>• عصای خمیده استاندارد یا واکر و وسایل جایگزین</li> <li>• نگهدارنده گردن (بر روی در)</li> <li>• محرک استخوان</li> <li>• تجهیزات مراقبت دیالیز</li> </ul> <p>اقلام دیگری ممکن است تحت پوشش باشند.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p><b>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (ادامه)</b></p> <p>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.</p> <p>لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید تا به شما در یافتن محل تأمین‌کننده دیگری که ممکن است کالای خاص را داشته باشد به شما کمک کنند.</p> <p>وسایله‌های با دوام پزشکی که تحت پوشش Medicare نبوده و برای خارج خانه استفاده می‌شوند نیز تحت پوشش هستند.</p> <p>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.</p>
<p><b>\$0</b></p> <p>اگر مراقبت اضطراری را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید و پس از اینکه وضعیت اضطراری شما ثبات پیدا کرد به مراقبت بیمارستان 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.</p>	<p><b>مراقبت اورژانسی</b></p> <p>مراقبت اورژانسی یعنی خدماتی که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● توسط ارائه‌کننده‌ای ارائه شوند که در زمینه خدمات مراقبت اورژانسی آموزش دیده است، و</li> <li>● برای درمان وضعیت اضطراری پزشکی لازم هستند.</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● خطر جدی برای سلامت شما یا جنین متولد نشده وجود داشته باشد؛ یا</li> <li>● عملکردهای بدن آسیب جدی می‌بینند؛ یا</li> <li>● عملکرد یکی از اعضا یا قسمت‌های بدن با اختلال جدی روبرو می‌شود.</li> <li>● در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، در شرایط زیر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.</li> <li>○ انتقال به بیمارستان دیگر برای سلامت و امنیت شما یا جنین‌تان را در خطر قرار دهد.</li> </ul> </li> </ul> <p>پوشش اورژانسی یا فوری در سراسر جهان.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
<p>\$100</p> <p>در صورت بستری شدن برای مراقبت‌های بیمارستانی بستری، سهم هزینه ویزیت اورژانس با پوشش سراسر جهان/خدمات مورد نیاز فوری لغو نمی‌شود.</p>	<p>به صورت مراقبت فوری، اضطراری و پس از تثبیت که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت می‌شود.</p> <p>فقط محدود به خدماتی است که اگر در آمریکا ارائه شوند به صورت مراقبت‌های اضطراری، دارای نیاز فوری یا پس از تثبیت طبقه‌بندی می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می‌اندازد تحت پوشش قرار می‌گیرند.</li> <li>• مالیات‌ها و هزینه‌های خارجی (شامل، اما نه محدود به، هزینه‌های تبدیل ارز یا تراکنش) پوشش داده نمی‌شود.</li> </ul> <p>سقف سالیانه برای پوشش بیمه اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان \$50,000 تعیین شده است.</p> <p>منظور از ایالات متحده، 50 ایالت، District of Columbia, Puerto Rico, the Virgin Islands, Guam, the Northern Mariana Islands و American Samoa است.</p>
<p>\$0</p>	<p><b>خدمات تنظیم خانواده</b></p> <p>قانون به شما امکان می‌دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده هر ارائه‌دهنده‌ای را انتخاب کنید - چه ارائه‌دهنده داخل شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی</li> <li>• آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایشات تشخیصی</li> <li>• روش‌های تنظیم خانواده (IUD/IUC)، کاشت ضد بارداری، تزریق، قرص‌های ضد بارداری، پچ، یا حلقه)</li> <li>• لوازم تجویزی تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک)</li> <li>• مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مربوطه</li> <li>• مشاوره، آزمایش و درمان برای عفونت‌های مقاربتی (STI)</li> <li>• مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV</li> </ul> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p><b>خدمات تنظیم خانواده (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.)</li> <li>• مشاوره ژنتیک</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی باردار شدن نمی‌شود.)</li> <li>• مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV</li> <li>• آزمایش ژنتیک</li> </ul>	
\$0	<p><b>برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی</b> </p> <p>ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض درمانی خاصی تمرکز دارند. اینها عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کلاس‌های آموزش‌های بهداشتی؛</li> <li>• کلاس‌های آموزش تغذیه؛</li> <li>• ترک سیگار و تنباکو؛ و</li> <li>• خط تلفن پرستاری</li> <li>• مزایای تناسب اندام</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p><b>برنامه‌های آموزش سلامت تندرستی (ادامه)</b></p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد عضویت تناسب اندام، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب سایت ما به آدرس مراجعه کنید  <a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>سیستم پاسخگویی اضطراری شخصی  <b>(Personal Emergency Response System, PERS):</b></li> </ul> <p>پوشش برای یک دستگاه پاسخ اضطراری پزشکی شخصی در طول عمر و هزینه ماهانه آن. با وجود دستگاه پاسخ اورژانسی پزشکی شخصی می‌توانید آرامش خاطر داشته باشید و 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته به نیازهای اورژانسی و غیر اورژانسی شما پاسخ داده می‌شود.</p> <p>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.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.</p>
\$0	<p><b>خدمات شنوایی</b></p> <p>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.</p> <p>اگر باردار هستید یا در یک مرکز خدمات پرستاری اقامت دارید، ما هزینه سمعک که شامل موارد زیر می‌شود را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قالب، لوازم و جاسازی</li> <li>• تعمیراتی که بیش از \$25 برای هر تعمیر هزینه داشته باشد.</li> <li>• یک مجموعه باتری‌های اولیه</li> <li>• شش بازدید برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری با همان فروشنده بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید.</li> <li>• دوره اجاره آزمایشی سمعک</li> <li>• دستگاه‌های شنیداری کمکی، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی که از سطح ساییده می‌شوند</li> </ul>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p>طرح ما خدمات شنوایی تکمیلی (یعنی معمول) زیر را نیز پوشش می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1 معاینه معمول شنوایی در هر سال.</li> <li>● 1 نصب و ارزیابی سمعک هر سال.</li> <li>● 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.</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری HIV</b> </p> <p>ما هزینه یک غربالگری HIV را در هر 12 ماه برای اشخاص زیر پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● آزمایش معاینه غربالگری HIV درخواست کنند، یا</li> <li>● در معرض افزایش خطر ابتلا به HIV باشند.</li> </ul> <p>برای زنان باردار، ما هزینه حداکثر سه آزمایش معاینه تشخیص HIV را در طول بارداری پرداخت می‌کنیم.</p> <p>ما همچنین در صورت توصیه توسط ارائه دهنده شما، هزینه غربالگری (های) اضافی HIV را پرداخت خواهیم کرد.</p>	
\$0	<p><b>خدمات مراقبتی سازمانی در منزل</b></p> <p>قبل از اینکه بتوانید خدمات درمانی در منزل دریافت کنید، پزشک باید به شما بگوید که به آن‌ها نیاز دارید و بایستی توسط یک سازمان درمانی در منزل ارائه شوند. برای این منظور باید خانه نشین باشید، به این معنی که خارج شدن از خانه برایتان کار دشواری باشد.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل پاروقت 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.)</li> <li>● ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی</li> <li>● خدمات پزشکی و اجتماعی</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• لوازم و وسیله‌های پزشکی</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد</p>
\$0	<p><b>درمان با تزریق خانگی</b></p> <p>طرح درمانی هزینه‌های مربوط به تزریقات در منزل را پرداخت خواهد کرد، تزریقات به معنی تزریق دارو 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک دارو یا ماده بیولوژیک، برای مثال یک آنتی‌ویروس یا گلوبولین ایمنی؛</li> <li>• تجهیزات، از قبیل پمپ؛ و</li> <li>• لوازم مورد نیاز مثل لوله و سوند.</li> </ul> <p>طرح ما خدمات تزریقات در منزل را که شامل موارد زیر می‌شود ولی محدود به این موارد نیست، پوشش می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات حرفه‌ای، از جمله خدمات پرستاری، که بر اساس برنامه مراقبتی شما ارائه می‌شوند؛</li> <li>• آموزش و تمرین عضو که از قبل در مزایای DME قید نشده است؛</li> <li>• نظارت از راه دور؛ و</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
\$0	<p><b>مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج</b></p> <p>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. طرح ما باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاهی دارای گواهی Medicare را در منطقه خدماتی طرح پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه دهنده شبکه یا ارائه دهنده خارج از شبکه باشد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p>چند نمونه از خدمات تحت پوشش:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهای درمان علائم بیماری و درد</li> <li>• مراقبت تنفسی کوتاه مدت</li> <li>• مراقبت در منزل</li> </ul> <p>صورت‌حساب خدمات آسایشگاه بیماران لاعلاج و خدمات تحت پوشش <b>Medicare Part A</b> یا <b>Medicare Part B</b> که مرتبط با بیماری لاعلاج شما است، برای <b>Medicare</b> صادر می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای اطلاعات بیشتر به بخش <b>F</b> در صفحه 127 این فصل مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما است اما تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیست:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طرح ما، خدماتی را که تحت Medicare Part A و Medicare Part B پوشش داده نمی‌شوند، پوشش می‌دهد. ما خدمات را پوشش می‌دهیم، خواه به بیماری لاعلاج شما مربوط باشد یا نباشد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.</li> </ul> <p><b>مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج (ادامه) داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Part D طرح ما در طرح Medicare قرار گیرد:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، به <b>فصل 5</b>، <b>بخش F3</b>، صفحه 144 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>توضیح:</b> اگر به مراقبتی غیر از مراقبت بیماران لاعلاج نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. این نوع مراقبت به لاعلاج بودن بیماری شما مربوط نمی‌شود.</p> <p>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). تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
\$0	<p><b>واکسیناسیون</b> </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• واکسن ذات الریه</li> </ul>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، همراه با واکسن اضافی آنفولانزا در صورت ضرورت پزشکی</li> <li>• واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید</li> <li>• واکسن‌های COVID-19</li> <li>• سایر واکسن‌ها اگر در معرض خطر هستید و مقررات پوشش Medicare Part B را برآورده می‌کنند.</li> </ul> <p>ما هزینه سایر واکسن‌های مطابق با قوانین پوشش Medicare Part D را پرداخت می‌کنیم. جهت اطلاعات بیشتر به <b>فصل 6، بخش D</b>، صفحه 154 از دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.</p> <p>برخی از داروهای <b>Part B</b> برای تحت پوشش قرار گرفتن به مجوز قبلی نیاز دارند.</p>
\$0	<p style="text-align: center;"><b>خدمات پشتیبانی در خانه</b></p> <p>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.</p> <p>قبل از استفاده از مزایای <b>Medi-Cal FFS IHSS</b> باید از مزایای <b>Wellcare Dual Align IHSS</b> خود استفاده کنید.</p> <p>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.</p> <p>مدارک یکی از موارد زیر برای خدمات مورد نیاز است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تشخیص آلزایمر/سایر بیماری‌های زوال عقل</li> <li>• جراحی تعویض مفصل</li> <li>• بهبودی بعد از زمین خوردن</li> <li>• قطع عضو</li> <li>• جراحی آب مروارید / شبکیه / و سایر بیماری‌های چشم</li> <li>• بیماری قلبی ریوی پیشرفته</li> <li>• سکته</li> <li>• راه رفتن با دستگاه کمکی</li> <li>• اختلال بینایی</li> </ul>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان</li> <li>• مراجعات مکرر به اورژانس (ER)</li> <li>• 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.</li> <li>• خدمات به صورت (جلسات) افزایشی 4 ساعته ارائه خواهد شد با حداکثر 12 بازدید در سال. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.</li> </ul>	
<p>\$0</p> <p>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.</p>	<p><b>خدمات مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)</li> <li>• خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص</li> <li>• خدمات پرستاری عادی</li> <li>• هزینه بخش‌های مراقبت ویژه از قبیل بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش‌های مراقبت از قلب</li> <li>• داروها</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی</li> <li>• اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی</li> <li>• لوازم جراحی و پزشکی ضروری</li> <li>• وسایلی از قبیل صندلی چرخدار</li> <li>• خدمات اتاق جراحی و ریکاوری</li> <li>• ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتار درمانی</li> <li>• خدمات اعتیاد بیماران بستری</li> <li>• در برخی موارد، پیوند اندام‌های زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/اندام‌های داخلی.</li> <li>• 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. ارائه دهندگان پیوند عضو می‌توانند محلی یا خارج از منطقه خدماتی باشند. اگر ارائه دهندگان خدمات پیوند عضو تمایل داشته باشند نرخ Medicare را بپذیرند،</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p>می‌توانید 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خون، شامل ذخیره و تزریق</li> <li>• خدمات پزشکی</li> </ul> <p><b>توجه:</b> برای بستری شدن، ارائه دهنده تان باید دستوری را برای پذیرش رسمی به عنوان بیمار بستری در بیمارستان نوشته باشد. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان یک «سرپایی» در نظر گرفته شوید. اگر مطمئن نیستید که بستری هستید یا سرپایی، باید از کارکنان بیمارستان بپرسید.</p> <p>همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری را در برگه اطلاعات Medicare به نام «آیا شما یک بستری یا سرپایی بیمارستان هستید؟ اگر Medicare دارید - بپرسید!» بیابید. این برگه اطلاعات، در اینترنت به آدرس زیر مراجعه کنید  <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-1-800-MEDICARE-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-1-800-MEDICARE-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> یا با تماس با 1-800-633-4227 قابل دریافت است. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.</p> <p>بعد از اینکه وضعیت اضطراری شما تحت کنترل قرار می‌گیرد، شما باید اجازه برنامه درمانی را برای ادامه دریافت مراقبت بیمارستان بستری در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
\$0	<p><b>خدمات بستری در بیمارستان روانی</b></p> <p>اگر خدمات بهداشت روان به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشته باشد، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بهداشت روان ارائه شده به بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های عمومی اعمال نخواهد شد</li> <li>● 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.</li> </ul>
\$0	<p><b>اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) به هنگام بستری بدون پوشش</b></p> <p>اگر از تمام مزایای بستری خود استفاده کرده باشید یا اگر اقامت معقول و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه اقامت شما را پرداخت نمی‌کنیم.</p> <p>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 تماس حاصل فرمایید.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● خدمات پزشکی</li> <li>● آزمایشات تشخیصی، از قبیل تست‌های آزمایشگاهی</li> <li>● پرتوپرداری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین</li> <li>● پانسمان جراحی</li> <li>● تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی</li> <li>● وسیله‌های پروتز و ارتوتیک به غیر از دندانپزشکی شامل جایگزینی یا تعمیر چنین وسیله‌هایی. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت همجوار)، یا</li> <li>○ عملکرد یک اندام داخلی بدن که عمل نمی‌کند یا بد کار می‌کند.</li> </ul> </li> </ul> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p><b>اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) به هنگام بستری بدون پوشش (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
\$0	<p><b>خدمات و لوازم بیماری کلیه</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات آموزشی بیماری‌های کلیه برای آموزش نحوه مراقبت از کلیه و کمک به اعضا برای تصمیم‌گیری 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.</li> <li>• درمان‌های دیالیز سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز زمانی که به طور موقت خارج از منطقه خدماتی هستند، همانطور که در <b>فصل 3 بخش D4</b>، صفحه 57 از <i>دقت‌رچه راهنمای اعضای</i> شما توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات به طور موقت در دسترس یا غیرقابل دسترسی است.</li> <li>• درمان‌های دیالیز بیماران سرپایی اگر به عنوان بیمار برای درمان‌های خاص در بیمارستان بستری شده‌اید</li> <li>• آموزش دیالیز توسط بیمار، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداوای دیالیز در منزل کمک می‌کند</li> <li>• وسیله‌ها و لوازم دیالیز در منزل</li> <li>• برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت‌های ضروری توسط مددکاران آموزش‌دیده دیالیز برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و ذخیره آب شما.</li> </ul> <p>مزایای دارویی Medicare Part B هزینه بعضی از داروهای دیالیز را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به «داروهای تجویزی Medicare Part B» در این جدول مراجعه کنید.</p> <p>شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
\$0	<p><b>غربالگری سرطان ریه</b> </p> <p>اگر واجد شرایط زیر باشید، طرح درمانی هر 12 ماه هزینه غربالگری سرطان ریه را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بین 50 تا 77 سال سن داشته باشید، و</li> <li>• با پزشکتان یا خدمات‌دهنده مورد تأیید دیگری مشورت کرده باشید و به تصمیم مشترکی رسیده باشید، و</li> <li>• حداقل به مدت 20 سال روزی 1 پاکت سیگار کشیده‌اید و هیچ علانمی از سرطان ریه ندارید یا اینکه درحال حاضر سیگار می‌کشید یا در 15 سال گذشته سیگار کشیدن را ترک کرده‌اید.</li> </ul> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>مزایای تغذیه‌ای</b></p> <p>و عده‌های غذایی بعد از وضعیت حاد:</p> <p>برای اعضای که از یک مرکز بستری (بیمارستان، مرکز پرستاری تخصصی 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، و عده‌های 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.</p> <p>برای برنامه‌ریزی تحویل غذا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تلفن‌ها در پایین این صفحه درج شده‌اند.</p> <p>شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.</p>	
\$0	<p><b>درمان تغذیه پزشکی</b> </p> <p>این مزایا برای اشخاصی است که به دیابت یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. همچنین بعد از پیوند کلیه و در صورت تجویز شدن توسط پزشک چنین حالتی وجود دارد.</p> <p>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.</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p>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 مجدداً آن را توصیه کند. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم.</p>	
\$0	<p><b>برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تغییر بلندمدت رژیم غذایی، و</li> <li>افزایش فعالیت فیزیکی، و</li> <li>روش‌هایی برای حفظ وزن کاهش‌یافته و سبک زندگی سالم.</li> </ul>	
\$0	<p><b>داروی تجویزی Medicare Part B</b></p> <p>این داروها تحت پوشش Medicare Part B هستند. طرح ما برای داروهای زیر هزینه می‌پردازد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>انسولین در کنار تجهیزات پزشکی بادوام (مثل پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است) ارائه می‌شود</li> <li>سایر داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) مصرف می‌کنید که طرح ما مجاز شمرده است</li> <li>عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتیکه مبتلا به هموفیلی باشید</li> <li>داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، اگر در هنگام پیوند اندام در Medicare Part A عضو باشید</li> <li>داروهای تزریقی پوکی استخوان. اگر خانه نشین هستید، شکستگی استخوان دارید که پزشک تأیید می‌کند مربوط به پوکی استخوان پس از یانستگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم.</li> </ul> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p><b>داروهای نسخه دار Medicare Part B (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آنتی‌ژن‌ها</li> <li>• برخی داروی خوراکی ضدسرطان و داروهای ضد تهوع</li> <li>• بعضی از داروهای خاص برای دیالیز در منزل، از جمله هپارین، آنتی‌دوت برای هپارین (در صورت داشتن ضرورت پزشکی)، بی‌حسی موضعی و عوامل محرک خون‌سازی (مثل <b>Epogen®</b>، <b>Procrit®</b>، <b>Epoetin Alfa</b>، <b>Aranesp®</b> یا <b>Darbepoetin Alfa</b>)</li> <li>• گلوبولین ایمنی درون‌رگی (IV) برای درمان خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه</li> </ul> <p>لینک زیر شما را به لیستی از داروهای Medicare Part B که ممکن است منوط به درمان مرحله‌ای باشند، هدایت می‌کند: <a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p> <p>همچنین بعضی از واکسن‌های تحت مزایای داروهای تجویزی Part B Medicare و Medicare Part D خودمان را پوشش می‌دهیم.</p> <p><b>فصل 5 بخش A</b>، صفحه 132 از دقت‌رچه راهنمای اعضای شما مزایای داروهای تجویزی سرپایی ما را توضیح می‌دهد. این بخش مقرراتی که باید برای پوشش داروهای تجویزی پیروی کنید را توصیف می‌کند.</p> <p><b>فصل 6، بخش C2</b>، صفحه 153 از دقت‌رچه راهنمای اعضای شما توضیح می‌دهد که برای داروهای سرپایی خود از طریق طرح ما چه مقدار باید پرداخت کنید. <i>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</i></p>
\$0	<p><b>مراقبت در مرکز پرستاری</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد)</li> <li>• خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص</li> <li>• خدمات پرستاری</li> <li>• ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی</li> </ul> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p><b>مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تنفس‌درمانی</li> <li>• 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.)</li> <li>• خون، شامل ذخیره و تزریق</li> <li>• لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز پرستاری داده می‌شوند</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• استفاده از وسیله‌هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• خدمات پزشک/کارور پزشکی</li> <li>• وسیله پزشکی بادوام</li> <li>• خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی</li> <li>• مزایای بینایی</li> <li>• معاینات شنوایی</li> <li>• مراقبت کایروپراکتیک</li> <li>• خدمات پاپزشکی</li> </ul> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آسایشگاه یا گروه مراقبت مستمر بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند).</li> <li>• مرکز پرستاری که همسر شما یا همخانه قانونی‌تان در وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند.</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
\$0	<p><b>غربالگری و درمان چاقی برای حفظ وزن مناسب</b></p> <p>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 مراقبت درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آن را با برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود صحبت کنید.</p>	
\$0	<p><b>خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد افیونی (OTP)</b></p> <p>این طرح هزینه خدمات زیر را برای مداوای اختلال استفاده از مواد مخدر (OUD) می‌پردازد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فعالیت‌های مصرفی</li> <li>• ارزیابی‌های دوره‌ای</li> <li>• داروهای دارای مجوز سازمان غذا و دارو (FDA) و در صورت مصداق، مدیریت و ارائه این داروها به شما</li> <li>• مشاوره درباره مصرف مواد</li> <li>• درمان انفرادی و گروهی</li> <li>• انجام آزمایش تشخیص مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم‌شناسی)</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
\$0	<p><b>آزمایش‌های تشخیصی و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدماتی که از نظر پزشکی ضرورت دارد اما در اینجا ذکر نشده است را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اشعه ایکس</li> <li>• پرتو درمانی (رادایوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی</li> <li>• لوازم جراحی از قبیل پانسمان</li> <li>• تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خون، شامل ذخیره و تزریق</li> <li>• سایر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی</li> <li>○ (شامل آزمایشات پیچیده مانند CT, MRI, MRA, SPECT است)</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
\$0	<p><b>خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحی دریافت می‌کنید را می‌پردازیم؛ نظیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات در بخش اورژانس یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل جراحی سرپایی یا خدمات نظارتی</li> <li>○ خدمات معاینه به پزشک شما کمک می‌کند تا بدانند که آیا نیاز به بستری شدن در بیمارستان به عنوان «بستری» دارید یا خیر.</li> <li>○ گاهی اوقات می‌توانید یک شب در بیمارستان باشید و همچنان «سرپایی» محسوب شوید.</li> <li>○ شما می‌توانید در این برگه درباره درمان بستری یا سرپایی اطلاعات بیشتری کسب کنید: <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> <li>• صورتحساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش‌های تشخیصی</li> <li>• 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.</li> <li>• صورتحساب بیمارستان برای پرتوپرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی</li> <li>• لوازم پزشکی از قبیل تخته شکسته بندی و گچ گیری</li> <li>• معاینات تشخیصی و خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا فهرست شده‌اند</li> <li>• برخی داروهایی که نمی‌توانید مصرف کنید</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
\$0	<p><b>مراقبت سلامت روان به صورت سرپایی</b></p> <p>ما هزینه خدمات بهداشت روان ارائه شده توسط مراجع زیر را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• روانپزشک یا پزشکی که جواز ایالتی دارد</li> <li>• روانشناس بالینی</li> <li>• مددکار اجتماعی بالینی</li> <li>• متخصص پرستاری بالینی</li> <li>• مشاور حرفه ای دارای مجوز (LPC)</li> <li>• متخصص ازدواج و درمانگر خانواده (LMFT)</li> <li>• پرستار مجاز (NP)</li> <li>• دستیار پزشک (PA)</li> </ul> <p>• هر متخصص مراقبت سلامت روان دارای مجوز Medicare دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده اند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات درمانگاه</li> <li>• مداوا در طول روز</li> <li>• خدمات توانبخشی روان شناسی</li> <li>• بستری جزئی یا برنامه‌های سرپایی فشرده</li> <li>• ارزیابی و درمان سلامت روان به طور فردی و گروهی</li> <li>• آزمایش روان شناسی وقتی برای ارزیابی نتیجه سلامت روان بالینی ایجاب نماید</li> <li>• خدمات بیماران سرپایی برای منظورات نظارت بر درمان دارویی</li> <li>• آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل‌های بیماران سرپایی</li> <li>• مشاوره روانپزشکی</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
\$0	<p><b>خدمات توانبخشی سرپایی</b></p> <p>ما هزینه فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی را پرداخت می‌کنیم. شما می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. 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.</p>	
\$0	<p><b>خدمات سرپایی مربوط به سوء مصرف مواد</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل</li> <li>• درمان سوء استفاده دارویی</li> <li>• مشاوره توسط درمانگر واجد شرایط به صورت فردی یا گروهی</li> <li>• سم‌زدایی نیمه حاد در برنامه اعتیاد مسکونی</li> <li>• خدمات مربوط به الکل و/یا موادمخدر در مرکز درمانی ویژه بیماران سرپایی</li> <li>• مداوا به صورت پیوسته رهش با Naltrexone (vivitrol)</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
\$0	<p><b>جراحی سرپایی</b></p> <p>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.</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
\$0	<p><b>خدمات بستری شدن جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی فشرده</b></p> <p>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.</p> <p>خدمات سرپایی فشرده یک برنامه ساختاریافته از درمان سلامت رفتاری (روانی) فعال است که به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی، خدمات مرکز سلامت روان اجتماعی، خدمات مرکز سلامت فدرال واجد شرایط، یا خدمات کلینیک سلامت روستایی ارائه می‌شود و شدیدتر از مراقبت‌های دریافتی در مطب دکتر یا درمانگر شماست اما شدت کمتری نسبت به بستری شدن جزئی دارد.</p> <p><b>توضیح:</b> 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.</p> <p><b>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</b></p>
\$0	<p><b>خدمات پزشک/ارائه‌کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل‌هایی از این قبیل ارائه می‌شوند:</li> <li>• مطب پزشک</li> <li>• مرکز جراحی سرپایی مجاز</li> <li>• بخش بیماران سرپایی بیمارستان</li> <li>• مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص</li> <li>• معاینات شنوایی و توازن اولیه که توسط ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه 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</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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 ارائه‌کنندگان خدمات عضو شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش «سلامت از راه دور» ارائه می‌دهد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p><b>خدمات پزشکی/ارائه‌کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طرح ما 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، دسترسی مجازی به پزشکان دارای مجوز بورد تخصصی از طریق Teladoc را برای کمک به رسیدگی به طیف گسترده ای از نگرانی‌ها/سوالات سلامت ارائه می‌دهد.</li> <li>• خدمات تحت پوشش شامل پزشکی عمومی، سلامت رفتاری، پوست و غیره است.</li> <li>• ویزیت مجازی (که با عنوان مشاوره از راه دور نیز شناخته می‌شود) ویزیت توسط پزشک از طریق تلفن یا اینترنت با استفاده از تلفن هوشمند، تبلت یا کامپیوتر است. برخی از انواع ویزیت‌ها ممکن است به اینترنت و یک دستگاه مجهز به دوربین نیاز داشته باشند.</li> <li>• برای اطلاعات بیشتر یا تعیین وقت ویزیت، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-835-2362 (TTY: 711) با Teladoc تماس بگیرید.</li> <li>• برخی از خدمات سلامت از راه دور عبارتند از مشاوره، تشخیص و درمان توسط پزشک یا متخصص برای اعضا در برخی مناطق روستایی یا سایر مکان‌های مورد تأیید Medicare</li> <li>• 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</li> <li>• خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم یک حمله قلبی</li> <li>• خدمات سلامت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روانی همزمان</li> <li>• خدمات درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید</li> <li>○ در حین دریافت این خدمات از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید</li> <li>○ در شرایط خاص می‌توان در موارد فوق استثناً قائل شد</li> </ul> </li> <li>• خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط ارائه می‌شود.</li> <li>• پذیرش مجازی (مثلاً از طریق تلفن یا گفتگوی ویدیویی) با پزشک برای 5 تا 10 دقیقه، اگر:</li> </ul> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p><b>خدمات پزشکی/خدمات‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بیمار جدید نباشید و</li> <li>○ پذیرش با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد و</li> <li>○ پذیرش به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود</li> <li>● ارزیابی ویدیو و/یا تصاویر ارسالی شما برای پزشک و توضیح و پیگیری از سوی پزشک تا 24 ساعت طول می‌کشد، اگر:       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بیمار جدید نباشید و</li> <li>○ ارزیابی با یک ویزیت حضوری در 7 روز گذشته مربوط نباشد و</li> <li>○ ارزیابی به یک ویزیت حضوری در 24 ساعت پس از آن یا نزدیکترین وقت ملاقات موجود منتهی نشود</li> </ul> </li> <li>مشورت پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا دستگاه ضبط الکترونیک سلامتی، اگر بیمار جدید نباشید</li> <li>● نظر ثانویه توسط یک ارائه‌کننده دیگر شبکه قبل از انجام عمل</li> <li>● مراقبت غیر روتین دندانپزشکی. خدمات تحت پوشش به موارد زیر محدود می‌شوند:       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ جراحی آرواره یا ساختارهای مربوطه</li> <li>○ جا انداختن شکستگی آرواره یا استخوان‌های صورت</li> <li>○ کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک</li> <li>○ خدمات تحت پوشش در صورتیکه توسط پزشک ارائه شوند</li> </ul> </li> </ul> <p>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.</p>
\$0	<p><b>خدمات پاپزشکی</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی مصدومیت و بیماری پا (از قبیل انگشت چکشی یا خار پاشنه پا)</li> <li>● مراقبت متداول از پا برای اعضای مبتلا به عوارضی که روی پا تأثیر می‌گذارند، از قبیل دیابت</li> </ul>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p>مراقبت های بیشتر برای مراقبت معمول یا محدود به 12 ویزیت در سال است  تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
\$0	<p><b>معاینات تشخیص سرطان پروستات</b></p> <p>برای مردان به سن 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را برای یکبار در هر 12 ماه پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه انگشتی راست روده</li> <li>• آزمایش آنتی‌ژن ویژه پروستات (PSA)</li> </ul>	
\$0	<p><b>دستگاه‌های پروتز و لوازم مربوطه</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی</li> <li>• تغذیه با لوله و وریدی، شامل کیت‌های تأمین غذا، پمپ، لوله و آداپتور تزریق، محلول‌ها و منابع برای تزریق توسط خود</li> <li>• ضربان ساز</li> <li>• اتل</li> <li>• کفش پروتزی</li> <li>• بازو و پای مصنوعی</li> <li>• پروتز سینه (شامل سینه بند بعد از جراحی پستان برداری)</li> <li>• پروتز برای جایگزینی تمام یا قسمتی از قسمت خارجی بدن که در نتیجه بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است.</li> <li>• کرم و پوشک بی‌اختیاری ادرار و مدفوع</li> </ul> <p>ما هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه تعمیر و یا تعویض دستگاه‌های پروتز را پرداخت می‌کنیم.</p> <p>ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای جزئیات به «مراقبت بینایی» در ادامه این نمودار مراجعه کنید.</p> <p>ما هزینه دستگاه‌های پروتز دندان را پرداخت نخواهیم کرد.</p>	

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.	
\$0	<p><b>خدمات توانبخشی ریوی</b></p> <p>ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضای که بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند، پرداخت می‌کنیم. شما باید یک ارجاع برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه‌کننده معالجه COPD داشته باشید.</p>	
\$0	<p><b>معاینه تشخیصی و مشاوره برای عفونت‌های منتقله آمیزشی (STI)</b></p> <p>ما هزینه غربالگری کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برای برخی از افرادی که در معرض خطر ابتلا به STI هستند پوشش داده می‌شود. 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.</p> <p>ما همچنین هر سال حداکثر دو جلسه حضوری مشاوره رفتاری فشرده را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی 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 ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه ارائه شود. این جلسات باید در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اولیه از قبیل مطب پزشک باشند.</p>	
\$0	<p><b>مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه‌خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد</li> <li>• خوراک، شامل رژیم غذایی مخصوص</li> <li>• خدمات پرستاری</li> <li>• ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی</li> <li>• 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</li> <li>• خون، شامل ذخیره و تزریق</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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





چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• لوازم پزشکی و جراحی که در مراکز پرستاری داده می‌شوند</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• وسیله‌هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• خدمات پزشک/ارائه‌کننده</li> </ul> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آسایشگاه یا گروه مراقبت مستمر بازنشستگی که قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند)</li> <li>• مرکز پرستاری که همسر شما یا همخانه قانونی‌تان وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند</li> </ul> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
\$0	<p><b>ترک سیگار و تنباکو</b> </p> <p>اگر از دخانیات استفاده می‌کنید ولی علائم یا نشانه‌های بیماری مربوط به آن را ندارید و می‌خواهید یا نیاز دارید ترک کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p>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.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
\$0	<p><b>ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET)</b></p> <p>ما هزینه SET را برای اعضای پرداخت می‌کند که بیماری سرخرگ محیطی (PAD) علامت‌دار دارند و از طرف پزشک معالج PAD برای درمان PAD معرفی‌نامه دارند.</p> <p>طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تا 36 جلسه در مدت زمان 12 هفته در صورتی که همه پیش‌نیازهای SET را داشته باشید</li> <li>تعداد 36 جلسه اضافی دیگر به مرور زمان اگر ارائه‌کننده خدمات مراقبت درمانی آن را از نظر پزشکی ضروری بداند</li> </ul> <p>برنامه SET باید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>حاوی جلسه‌های 30 تا 60 دقیقه ای برنامه ورزش درمانی برای PAD برای اعضای باشد که به خاطر جریان خون نامناسب دچار مشکل "لنگیدن" (claudication) هستند</li> <li>در مرکز بیماران سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود</li> <li>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</li> <li>تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک یا پرستار/متخصص پرستاری کلینیک باشد که برای روش‌های احیای اولیه و پیشرفته آموزش دیده باشند</li> </ul>
\$0	<p><b>حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی</b></p> <p>این مزیت Medicare و Medi-Cal امکان حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد.</p> <p>حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز، از جمله سفر به قرار ملاقات‌های دندانپزشکی و دریافت داروهای تجویزی مورد نیاز است.</p> <p>این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما نمی‌شود.</p> <p>طرح Medicare ما 24 بار حمل و نقل یک طرفه را در منطقه خدماتی مان پوشش می‌دهد. حمل و نقل بیش از 24 سفر تحت پوشش مزایای Medi-Cal است. این مزایا به شما کمک می‌کند مراقبت و خدمات مورد نیاز را دریافت کنید. می‌توانید برای رفتن به محل مراقبت‌های سلامت مانند پزشکان، متخصصان و دندان‌پزشک خود حمل و نقل دریافت کنید.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)



چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p>سفرها، محدود هستند به: 75 مایل، یک طرفه، مگر اینکه از قبل توسط برنامه تایید شده باشد. برای رزرو حمل و نقل خود با شماره حمل و نقل موجود در پشت کارت عضویت خود تماس بگیرید. برای مراقبت‌های روزمره، تا 1 ماه و حداقل 3 روز پیش از آن تماس بگیرید. حمل و نقل در همان روز درخواست منوط به در دسترس بودن آن است. برای اطلاعات بیشتر درباره مکان‌های مورد تأیید طرح، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.</p> <p>لطفاً توجه کنید که: خدمات حمل و نقل 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.</p> <p>برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دریافت حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی، لطفاً به <b>فصل 3، بخش G2</b>، صفحه 63 مراجعه کنید</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
\$0	<p><b>مراقبت‌های اورژانسی ضروری</b></p> <p>مراقبت‌های فوری برای درمان موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مورد غیر اورژانسی که به مراقبت درمانی فوری نیاز دارد، یا</li> <li>• بیماری ناگهانی، یا</li> <li>• مصدومیت، یا</li> <li>• عارضه‌ای که فوراً به مراقبت نیاز دارد.</li> </ul> <p>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، می‌توانید از ارائه دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید، چون با توجه به شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه دهندگان شبکه ممکن نیست یا غیرمنطقی است (به عنوان مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید و به خدمات فوری مورد نیاز پزشکی برای یک وضعیت غیرقابل مشاهده نیاز دارید، ولی وضعیت اورژانسی پزشکی نیست).</p>	
\$0	<p><b>مراقبت‌های بینایی</b> </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک معاینه عادی چشم در هر سال؛ و</li> </ul>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p>ما هزینه خدمات پزشکی سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشمی پرداخت می‌کنیم. برای مثال،</p> <p>این شامل معاینات بینایی برای رتینوپاتی دیابتی افرادی که دیابت دارند و درمان دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌شود.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اشخاصی که تاریخچه خانوادگی آب سیاه دارند</li> <li>• اشخاصی که دیابت دارند</li> <li>• آمریکایی‌های آفریقایی تبار به سن 50 سال به بالا</li> <li>• آمریکایی‌های اسپانیایی تبار با سن 65 سال به بالا</li> </ul> <p>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.</p> <p>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 نگرفته باشید.</p> <p>علاوه بر این، طرح ما خدمات بینایی تکمیلی (به عنوان مثال، خدمات بینایی معمول) زیر را پوشش می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• تعداد نامحدود عینک طبی هر سال تا حداکثر مزایای \$300 در هر سال. عینک تحت پوشش شامل هر یک از موارد زیر است: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ عینک (قاب و لنز) یا</li> <li>○ فقط لنز عینک یا</li> <li>○ فقط فریم عینک یا</li> <li>○ لنزهای تماسی به جای عینک یا</li> <li>○ برورسانی سخت افزار بینایی</li> </ul> </li> </ul> <p><b>توجه:</b> هزینه نصب لنز تحت پوشش این طرح است.</p> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p><b>مراقبت‌های بینایی (ادامه)</b></p> <p>حداکثر مبلغ پوشش مزایای طرح \$300 در هر سال برای هزینه خرده‌فروشی قاب‌ها و/یا لنزها (شامل هر نوع انتخاب لنز مانند رنگ‌ها و پوشش‌ها) اعمال می‌شود.</p> <p>شما مسئول هر گونه هزینه بالاتر از حداکثر مزایا برای پوشش عینک مکمل (معمول) هستید.</p> <p>عینک‌های تحت پوشش Medicare در حداکثر مزایای تکمیلی (یعنی معمولی) گنجانده نشده است. اعضا نمی‌توانند از مزایای عینک مکمل خود برای افزایش پوشش خود روی عینک‌های تحت پوشش Medicare استفاده کنند.</p> <p><b>توجه:</b> پوشش خدمات معمول بینایی نوعی مزایای تکمیلی ارائه شده توسط این طرح است. نه Medicare و نه Medicaid سهم شما از هزینه‌های این خدمات را پرداخت نمی‌کنند.</p> <p>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 تماس بگیرید یا به وبسایت ما به آدرس زیر مراجعه کنید: <a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a>.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم</p>	
\$0	<p><b>ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید"</b> </p> <p>ما هزینه یک بار ویزیت پیشگیرانه (Welcome to Medicare «به Medicare خوش آمدید») را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی وضعیت سلامتی شما،</li> <li>• آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیری مورد نیاز شما (شامل معاینات تشخیص و واکسن‌ها)، و</li> <li>• ارجاع برای سایر مراقبت‌ها در صورت نیاز.</li> </ul> <p><b>توجه:</b> ما ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" را فقط در طی 12 ماه اولی که شما Medicare Part B را دارید پوشش می‌دهیم. هنگامی که قرار ملاقات خود را تعیین می‌کنید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" خود را تعیین کنید.</p>	
برای کارت Wellcare Spendables™ هیچگونه بیمه مشترک،	<p><b>Wellcare Spendables™</b></p> <p>شما ماهیانه \$75 دریافت خواهید کرد که روی کارت Wellcare Spendables™ شما از قبل بارگذاری شده است. حداکثر مزایای سالانه \$900 است.</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
<p>پرداخت مشترک یا کسورات وجود ندارد.</p> <p>مبلغ کمک هزینه می‌تواند برای موارد زیر استفاده شود:</p> <p>-اقلام OTC</p> <p>-غذای سالم</p> <p>-هزینه بنزین در پمپ بنزین</p> <p>-کمک به هزینه آب و برق</p> <p>-کمک اجاره</p> <p>هزینه های ارسال و تحویل آنلاین از وجوه کمک هزینه استفاده خواهد کرد. هزینه ارسال برای خریدهای بیشتر از \$35 رایگان است.</p>	<p>• کمک هزینه ماهیانه شما در صورت عدم استفاده به ماه بعد منتقل می‌شود و در پایان سال طرح منقضی می‌شود.</p> <p><b>کمک هزینه اضافه شده به کارت را می‌توانید برای موارد زیر مصرف کنید:</b></p> <p><b>اقلام و داروهای بدون نسخه (OTC)</b></p> <p>از کارتنان می‌توانید در مکان‌های فروش حاضر در طرح یا برنامه تلفن همراه استفاده کنید، یا برای ثبت سفارش و تحویل در منزل به پورتال عضویتان مراجعه کنید.</p> <p>اقلام تحت پوشش عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اقلام و داروهای برند و ژنریک بدون نیاز به نسخه</li> <li>• ویتامین‌ها، مسکن، داروهای سرماخوردگی و آلرژی، اقلام مربوط به دیابت</li> <li>• از اسکنر بارکد درون برنامه خود برای پیدا کردن اقلام تایید شده در مکان‌های خرده‌فروشی استفاده کنید، به پورتال اعضا وارد شوید، یا به کاتالوگ خود مراجعه کنید.</li> </ul> <p>توجه: تحت شرایط خاص، تجهیزات تشخیصی و کمک‌های مربوط به ترک سیگار تحت پوشش مزایای پزشکی این طرح هستند. شما باید (در صورت امکان) قبل از خرج کردن کمک هزینه OTC خود برای این موارد، از مزایای پزشکی طرح ما استفاده کنید.</p> <p><b>از آنجا که طرح شما در برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش شرکت می‌کند، می‌توانید از کارت خود برای هر یک از مزایای زیر نیز استفاده کنید:</b></p> <p><b>غذای سالم</b></p> <p>می‌توانید از کارت خود برای غذاها و محصولات سالم در خرده‌فروشی‌ها عضو طرح استفاده کنید. غذاهای آماده برای سفارش از طریق پورتال آنلاین در دسترس هستند. از کارت نمی‌توان برای خرید سیگار یا مشروبات الکلی استفاده کرد. موارد تایید شده عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• گوشت و مرغ</li> <li>• میوه‌ها و سبزیجات</li> <li>• نوشیدنی‌های مغذی</li> <li>• از اسکنر بارکد درون برنامه خود برای پیدا کردن اقلام تایید شده در مکان‌های خرده‌فروشی استفاده کنید، به پورتال اعضا وارد شوید، یا به کاتالوگ خود مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>پرداخت هزینه سوخت در پمپ بنزین</b></p> <p><i>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</i></p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p align="center"><b>Wellcare Spendables™ (ادامه دارد)</b></p> <p>می‌توانید از کارت خود برای پرداخت مستقیم هزینه بنزین در پمپ بنزین استفاده کنید. از کارت نمی‌توانید برای پرداخت حضوری در صندوق نقدی استفاده کنید. کارت شما فقط تا سقف موجودی کمک هزینه قابل استفاده است.</p> <p><b>کمک های کاربردی</b></p> <p>می‌توانید از کارت خود برای کمک به پرداخت هزینه های آب و برق خانه خود استفاده کنید. به پورتال اعضا وارد شوید تا هزینه های ارائه دهندگان خدمات شهری را پرداخت کنید یا مستقیماً به ارائه دهندگان خدمات شهری در جایی که پرداخت پذیرفته می‌شود پرداخت کنید. نمی‌توان از کارت برای تنظیم پرداخت های تکراری خودکار استفاده کرد.</p> <p>هزینه های تایید شده برای این مزیت عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات برق، گاز، تمیزکاری/سطل زباله و آب</li> <li>• خدمات تلفن ثابت و تلفن همراه</li> <li>• خدمات اینترنت</li> <li>• تلویزیون کابلی (به استثنای خدمات پخش اینترنتی)</li> <li>• برخی هزینه های سوخت، مانند گازوییل برای گرمایش</li> </ul> <p><b>کمک اجاره</b></p> <p>می‌توانید از کارت خود در پرداخت هزینه اجاره خانه خود استفاده کنید. برای پرداخت به ارائه دهندگان یا پرداخت مستقیم به ارائه دهندگانی که در آنها پرداخت ها پذیرفته می‌شود، وارد پورتال اعضا شوید.</p> <p><b>نحوه استفاده از کارت:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قبل از استفاده کارت خود را فعال کنید. دستورالعمل ها در نامه ای که همراه با کارت دریافت کرده اید موجود است.</li> <li>• از یک خردهفروش عضو طرح بازدید کنید، به لینک پورتال فهرست شده در زیر وارد شوید، یا برنامه تلفن همراه را دانلود کنید.</li> <li>• موارد/خدمات مورد تایید خود را انتخاب کنید.</li> <li>• به تسویه حساب خردهفروش بروید و با کارت Wellcare Spendables™ خود پرداخت کنید. برای سفارش های آنلاین یا از طریق برنامه تلفن همراه، شماره کارتان را در محل محاسبه و پرداخت وارد کنید.</li> </ul> <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

چه هزینه‌هایی را خود شما باید پرداخت کنید	خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد
	<p style="text-align: center;"><b>Wellcare Spendables™ (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کارت شما یک کارت اعتباری نیست، اما ممکن است به عنوان "اعتبار" برای پرداخت وارد شود. اگر از شما خواسته شد، کد پین را که 4 رقم آخر شماره کارت است وارد کنید.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>توجه:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بعد از استفاده از کمک هزینه، برای هزینه باقیمانده خریدهایتان باید شخصاً خودتان پرداخت کنید.</li> <li>• اقلام خریداری شده در فروشگاه را می‌توان بر اساس سیاست های بازگشت و تعویض خرده فروشان پس داد.</li> <li>• اگر کارت شما به درستی کار نمی‌کند یا در صورت بروز مشکل فنی، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید.</li> <li>• Wellcare مسئولیتی در قبال کارت های گم شده یا دزدیده شده ندارد.</li> <li>• کارت Wellcare Spendables™ فقط برای استفاده شخصی شما است، قابل فروش یا انتقال نیست و ارزش نقدی ندارد.</li> <li>• ممکن است محدودیت ها و ممنوعیت هایی اعمال شود.</li> <li>• این نوعی از مزایای Medicaid نیست.</li> </ul> <p>برای اطلاعات بیشتر در مورد کارت Wellcare Spendables™ یا درخواست کاتالوگ، لطفاً با شماره 1-855-744-8550، TTY: 711 تماس بگیرید، بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است یا به صورت آنلاین به آدرس زیر مراجعه کنید: <a href="http://member.membersecurelogin.com">member.membersecurelogin.com</a></p>

## E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح شما

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)



## E1. خدمات جابه‌جایی افراد ناتوان در (CCT) California

برنامه California Community Transitions (خدمات جابه‌جایی افراد ناتوان در CCT) (California) از سازمان‌های Lead 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 رهبر CCT 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](http://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 144 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 فلوراید درمانی
- ترمیم و روکش
- درمان کانال‌های ریشه دندان
- دنچرهای کامل و جزئی، تنظیمات، ترمیم‌ها و ریلاین

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

مزایای دندان پزشکی در برنامه دندان پزشکی هزینه در قبال خدمات Medi-Cal قابل ارائه است. جهت کسب اطلاعات بیشتر، یا در صورت نیاز به یافتن دندان پزشکی که طرح دندان پزشکی Medi-Cal را بپذیرد، لطفاً با خط خدمات مشتری به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات دندان پزشکی 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 [www.dental.dhcs.ca.gov](http://www.dental.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.

علاوه بر برنامه هزینه در قبال خدمات دندان پزشکی Medi-Cal، می‌توانید مزایای دندان پزشکی را از طریق برنامه مراقبت‌های هماهنگ دندان پزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت هماهنگ دندان پزشکی در شهرستان‌های Sacramento و Los Angeles قابل ارائه هستند. اگر درباره برنامه‌های دندان پزشکی اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا می‌خواهید برنامه دندان پزشکی 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 دندان پزشکی بیشتری را ارائه می‌دهد. 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 آسایشگاهی دارای گواهی Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه دهنده شبکه یا ارائه دهنده 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 Medicare Part A یا Medicare Part 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 Medicare Part A یا Medicare Part B که مرتبط با بیماری لاعلاج شما نیستند

- خدمات‌دهنده، هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه خواهد کرد. Medicare هزینه‌های خدماتی را که از سوی Medicare Part A و Medicare Part B پوشش داده می‌شوند پرداخت خواهد کرد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

**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 144 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 غیر آسایشگاهی به خدمات غیر مرتبط با بیماری لاعلاج شما اطلاق می‌شود.

**E4. خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)**

- برنامه IHSS در پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک خواهد کرد، طوری که بتوانید در خانه خودتان در شرایط امن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه، مانند مراکز پرستاری یا مراکز اسکان و مراقبت در نظر گرفته می‌شود.
- انواع خدمات که ممکن است از سوی IHSS تأیید شوند، عبارتند از تمیزکاری منزل، کمک در تهیه غذا، لباسشویی، خرید سوپرمارکت، خدمات مراقبت شخصی (مانند کمک در رفتن به توالت، حمام کردن، آراستگی و خدمات پیرایشگری)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشکی، و نظارت مراقبتی برای افراد معلول ذهنی.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای IHSS با آژانس خدمات اجتماعی شهرستان خود درخواست دهید. برای اطلاعات تماس آژانس خدمات اجتماعی شهرستان به **فصل 2**، بخش J، صفحه 38 مراجعه کنید.

**E5. 1915 (c) برنامه های چشم پوشی از خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS).****چشم پوشی با زندگی همراه با کمک (ALW)**

- چشم پوشی با زندگی همراه با کمک (ALW) به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal این امکان را می‌دهد که یک محیط زندگی همراه با کمک را به عنوان جایگزینی برای استقرار طولانی مدت در یک مرکز پرستاری انتخاب کنند. هدف ALW تسهیل انتقال مرکز پرستاری به یک محیط خانگی و محلی یا جلوگیری از پذیرش پرستاران ماهر برای ذینفعانی است که نیاز فوری به استقرار در مرکز پرستاری دارند.
- اعضای ALW که در ALW ثبت نام کرده‌اند و به مراقبت مدیریت شده Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند در ALW ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت ALW شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای ALW درخواست دهید. برای لیست فعلی آژانس های هماهنگی مراقبت ALW عضو به اینجا بروید

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

## معافیت HCBS برای ساکنین California دارای ناتوانی های رشد (HCBS-DD)

### چشم پوشی از برنامه خود تعیینی (SDP) California برای افراد دارای ناتوانی های رشد

- دو چشم پوشی 1915 (c) وجود دارد، چشم پوشی HCBS-DD و چشم پوشی SDP، که خدماتی را به افرادی ارائه می دهد که دارای ناتوانی رشد هستند که قبل از سالروز تولد 18 سالگی فرد شروع می شود و انتظار می رود تا مدت نامحدود ادامه یابد. هر دوی این چشم پوشی ها راهی برای تأمین مالی خدمات خاصی است که به افراد دارای معلولیت رشد اجازه می دهد به جای اقامت در یک مرکز بهداشتی دارای مجوز در خانه یا در محیط محلی زندگی کنند. هزینه های این خدمات به طور مشترک توسط برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت California تأمین می شود. هماهنگ کننده مراقبت شما می تواند به شما در اتصال شما به خدمات چشم پوشی DD کمک کند.

### چشم پوشی جایگزین مبتنی بر خانه و محیط محلی (HCBA).

- چشم پوشی HCBA خدمات مدیریت مراقبت را به افرادی که در معرض خطر قرار گرفتن در خانه سالمندان یا در یک موسسه هستند ارائه می دهد. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک تیم مدیریت مراقبت چند رشته ای متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می شود. این تیم خدمات چشم پوشی و طرح دولتی (مانند پزشکی، بهداشت رفتاری، خدمات حمایتی در خانه و غیره) را هماهنگ می کند و سایر خدمات و پشتیبانی های بلندمدت موجود در محیط محلی را ترتیب می دهد. خدمات مدیریت مراقبت و چشم پوشی در محل سکونت محلی شرکت کننده ارائه می شود. این اقامتگاه می تواند دارای مالکیت خصوصی باشد، اجازه ای باشد یا محل اقامت یکی از اعضای خانواده فرد عضو باشد.

- اعضای که در چشم پوشی HCBA ثبت نام کرده اند و به مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal منتقل شده اند، می توانند همچنان در چشم پوشی HCBA ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس چشم پوشی HCBA شما همکاری می کند تا خدماتی را که دریافت می کنید هماهنگ کند.

- هماهنگ کننده مراقبت شما می تواند به شما کمک کند برای ALW درخواست دهید. برای اطلاعات بیشتر به اینجا بروید

[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)

### برنامه چشم پوشی Medi-Cal (MCWP)

- برنامه چشم پوشی Medi-Cal (MCWP) به عنوان جایگزینی برای مراقبت از مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات مراقبت جامع و مراقبت مستقیم را به افراد مبتلا به HIV ارائه می دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی مبتنی بر فرد عضو و متشکل از یک پرستار ثبت نام شده و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده یا فرد عضو و ارائه دهنده مراقبت های اولیه، خانواده، مراقب (ها) و سایر ارائه دهندگان خدمات همکاری می کنند تا نیازهای مراقبت را برای نگه داشتن فرد عضو در خانه و محیط محلی اش ارزیابی کنند.
- اهداف MCWP عبارتند از: (1) ارائه خدمات خانگی و محلی برای افراد مبتلا به HIV که ممکن است به خدمات سازمانی نیاز داشته باشند. (2) کمک به اعضا در مدیریت سلامت HIV. (3) بهبود دسترسی به حمایت از سلامت اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگ کردن ارائه دهندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

- اعضای که در چشم پوشی MCWP ثبت نام کرده‌اند و به مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند در معافیت MCWP ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با آژانس معافیت MCWP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید همکاری می‌کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای MCWP درخواست دهید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به اینجا بروید  
[https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_care\\_mcwp.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx)

### برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) خدمات مدیریت مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی را برای کمک به افراد برای ماندن در خانه‌ها و محیط‌های محلی خود ارائه می‌دهد.
- در حالی که اکثر اعضای برنامه خدمات حمایتی در خانه را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگی مراقبت مداوم را فراهم می‌کند، شرکت کنندگان را به سایر خدمات و منابع مورد نیاز محلی پیوند می‌دهد، با ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ می‌کند و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می‌کند که در غیر این صورت در دسترس نیستند، تا از انتقال فرد به یک موسسه جلوگیری کند یا آن را به تأخیر بیندازد. مجموع هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاری ماهر باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات بهداشتی و اجتماعی برای هر شرکت کننده MSSP ارزیابی کامل سلامت و روانی اجتماعی را برای تعیین خدمات مورد نیاز ارائه می‌دهند. سپس تیم با شرکت کننده MSSP، پزشک، خانواده و دیگران برای ایجاد یک برنامه مراقبت فردی همکاری می‌کند. خدمات عبارتند از:
  - مدیریت مراقبت
  - مراقبت روزانه بزرگسالان
  - تعمیر/نگهداری جزئی خانه
  - خدمات تکمیلی در خانه، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
  - خدمات استراحت
  - خدمات ایاب و ذهاب
  - خدمات مشاوره‌ای و درمانی
  - خدمات وعده غذایی
  - خدمات ارتباطی
- اعضای که در چشم پوشی MSSP ثبت نام کرده‌اند و به مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal منتقل شده‌اند، می‌توانند در معافیت MSSP ثبت نام کرده و در عین حال مزایای ارائه شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند. طرح ما با ارائه دهنده MSSP شما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید همکاری می‌کند.
- هماهنگ کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند برای MSSP درخواست دهید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این وبسایت مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnet](http://www.wellcare.com/healthnet)

اطلاعات تماس آژانس

- شهرستان San Diego: خدمات سالمندی و خدمات مستقل، تلفن: 1-855-964-3900 (TTY-711)
- شهرستان Tulare: ناحیه Kings-Tulare، سازمان سالمندان، تلفن: 1-559-623-0199 (TTY-711)
- شهرستان Sacramento: با California Health Collaborative، تلفن: 1-916-374-7739 (TTY-711)
- شهرستان Los Angeles:
  - انجمن خدمات انسانی، تلفن: 1-626-358-1185 (TTY-711)
  - بیمارستان Huntington، تلفن: 1-626-397-3110 (TTY-711)
  - Jewish Family Services of LA، تلفن: 1-310-247-0864 (TTY-711)
  - Partners in Care، تلفن: 1-818-837-3775 (TTY-711)
  - Scan Independence at Home، تلفن: 1-866-421-1964 (TTY-711)

**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 نمی‌کند.

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 196 از دفترچه راهنمای اعضای خود 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 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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

- به فصل 3، بخش 1، صفحه 67 از دفترچه راهنمای اعضای خود 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، 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.
  - مراقبت کایروپراکتیک، به جز دستکاری ستون فقرات سازگار با رهنمودهای پوشش.
  - مراقبت از پا به طور منظم، به جز مواردی که در خدمات مراقبت از پاها در بخش D از مزایا توضیح داده شده است.
  - 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 لازیک و سایر وسایل کمکی کم بینی.
  - 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، مابه‌التفاوت را به کهنه‌سرباز بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان بابت مبلغ تسهیم هزینه خودتان مسئول هستید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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

## فصل 5: دریافت داروهای سرپایی شما

### مقدمه

این بخش مقررات دریافت داروهای نسخه‌دار بیماران سرپایی شما را توصیف می‌کند. این‌ها داروهایی هستند که ارائه‌کننده شما برای شما سفارش می‌دهد تا از داروخانه یا توسط سفارش پستی دریافت کنید. این داروها شامل داروهای تحت پوشش Medicare Part D و Medi-Cal می‌شوند. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفتريچه راهنمای اعضا آمده است.

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

- **داروهای تحت پوشش Medicare Part A.** اینها معمولاً شامل داروهایی هستند که در زمانی که در بیمارستان یا مرکز پرستاری هستید به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare Part B.** 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 Part B هستند، به نمودار مزایا در **فصل 4**، بخش **D**، صفحه **78** دفتريچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- علاوه بر Medicare Part D طرح و پوشش مزایای پزشکی، داروهای شما ممکن است از سوی **Original Medicare** پوشش داده شود، البته اگر در آسایشگاه Medicare باشید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5**، بخش **F**، صفحه **144** مراجعه کنید «اگر در یک برنامه آسایشگاه مورد تأیید Medicare باشید.»

### قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

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

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 (PCP) شما را برای دریافت مراقبت ارجاع دهد، می‌تواند ارائه‌کننده دیگری نیز باشد.

تجویزکننده نسخه شما لازم نیست در فهرست‌های استثناها یا تسویه‌ها یا هر کدام از فهرست‌های Medi-Cal باشد.

معمولاً برای پیچیدن نسخه خود باید از یک داروخانه داخل شبکه استفاده کنید.

داروهای نسخه ای شما باید در *لیست داروهای تحت پوشش طرح ما* باشند. به این فهرست مختصراً «لیست دارو» می‌گوییم.

- اگر دارویی در لیست دارو نباشد، ممکن است آن را با قید استثنا بتوانیم تحت پوشش قرار دهیم.
- برای اطلاع از درخواست استثناء به **فصل 9**، بخش **G2**، صفحه **213** مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید 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.

داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته شده مصرف شود. بدین معنی که استفاده از دارو یا به تصویب سازمان غذا و دارو (FDA) رسیده باشد یا مورد تأیید مراجع پزشکی خاصی باشد. پزشک شما ممکن است بتواند 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 جراحی، منطقی و لازم می‌باشد.

---

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



## فهرست مطالب

- A. پیچیدن نسخه شما ..... 132
- A1. پیچیدن نسخه شما در داروخانه شبکه ..... 132
- A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت نسخه ..... 132
- A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید باید چه کار کنید؟ ..... 132
- A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند باید چه کار کنید ..... 132
- A5. استفاده از داروخانه تخصصی ..... 133
- A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها ..... 133
- A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها ..... 135
- A8. استفاده از داروخانه ای که در شبکه طرح ما نیست ..... 135
- A9. بازپرداخت به شما اگر هزینه نسخه را پرداخت کرده باشید ..... 136
- B. لیست داروهای طرح ما ..... 136
- B1. داروهای لیست دارویی ما ..... 136
- B2. نحوه پیدا کردن دارو در لیست داروی ما ..... 137
- B3. داروهایی که در لیست داروی ما نیستند ..... 137
- C. محدودیت ها برای برخی داروها ..... 138
- D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد ..... 139
- D1. می‌توانید ذخیره موقت دریافت کنید ..... 140
- D2. درخواست تامین موقت ..... 141
- D3. درخواست استثنا قائل شدن ..... 141
- E. تغییرات پوشش برای داروهای شما ..... 142
- F. پوشش دارویی در موارد ویژه ..... 144
- F1. در یک بیمارستان یا یک مرکز پرستاری ماهر برای اقامتی که برنامه ما آن را پوشش می‌دهد ..... 144
- F2. در یک مرکز مراقبت طولانی مدت ..... 144

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



- 144 ..... F3. در یک برنامه آسایشگاه مورد تأیید Medicare
- 145 ..... G. برنامه های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها
- 145 ..... G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها
- 145 ..... G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود
- 146 ..... G3. برنامه مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



**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 عضویت هنگام دریافت نسخه**

برای پیچیدن نسخه، کارت شناسایی عضویت خود را به داروخانه شبکه 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 عضویت یا کارت شناسایی مزایا (BIC) نیاز دارید.

اگر در هنگام دریافت داروهای نسخه‌تان کارت عضویت‌تان را به همراه نداشته باشید، از داروخانه بخواهید با طرح تماس بگیرد تا اطلاعات لازم را دریافت کند، یا می‌توانید از داروخانه بخواهید اطلاعات عضویت شما در طرح را جستجو کند.

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 پرداخت کنید، فوراً با مرکز 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 157 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای دریافت داروی نسخه به کمک نیاز دارید می‌توانید با مرکز خدمات اعضا یا هماهنگ کننده مراقبت‌تان 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 مجدداً 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



**A5. استفاده از داروخانه تخصصی**

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

- داروخانه‌هایی که داروهای را برای تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهای را برای ساکنین مراکز مراقبت بلندمدت از قبیل مرکز پرستاری 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 دریافت داروهای 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 داروهای را که توسط FDA محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا داروهای که نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (توضیح: 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 داروهای است که شما آنها را به صورت مداوم جهت درمانی مشکل پزشکی مزمن یا بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهای که از طریق سرویس سفارش پستی طرح ما در دسترس نیستند، در لیست دارویی ما با NM مشخص شده اند. خدمات سفارش پستی برنامه ما به شما اجازه می‌دهد که ذخیره داروی حداکثر 100 روز خود را سفارش دهید. سهم بیمه‌شده برای ذخیره 100-روزه با سهم بیمه‌شده برای ذخیره 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](http://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 10-14 روز به دست شما می‌رسد. اگر سفارش پستی‌تان تاخیر داشت، با داروخانه Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (TTY: 711) 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



**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 دهنندگان مراقبت‌های بهداشتی دریافت می‌کنید ثبت‌نام کرده باشید. می‌توانید اکنون یا در هر زمان از طریق تماس با **Express Scripts® Pharmacy** به شماره **1-833-750-0201 (TTY: 711)** برای تحویل خودکار همه نسخه‌های جدید درخواست کنید.

اگر در گذشته از سفارش پستی استفاده کرده‌اید و نمی‌خواهید داروخانه هر نسخه جدید را به‌طور خودکار آماده و ارسال کند، با تماس با **Express Scripts® Pharmacy** به شماره **1-833-750-0201 (TTY: 711)** با ما 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.
  - حتماً هر بار 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 **Express Scripts® Pharmacy** به شماره **1-833-750-0201** با ما تماس بگیرید **(TTY: 711)**.

**3. تکرار نسخه‌های سفارش پستی**

برای دریافت مجدد نسخه‌های خود، می‌توانید در یک طرح «دریافت مجدد خودکار نسخه‌ها» ثبت‌نام 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با **Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

- 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 خارج شدن از برنامه ما که دریافت دوباره سفارش را به صورت خودکار آماده می‌کند، با مرکز خدمات اعضا یا داروخانه سفارش پستی‌تان: Express Scripts® Pharmacy به شماره 1-833-750-0201 (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 لیست دارویی طرح درمانی ما را دریافت کنید. معمولاً داروهای «حفظ سلامت» به داروهای گفته می‌شود که برای یک عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت، به طور مرتب مصرف می‌کنند.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند تا ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت را دریافت کنید. سهم بیمه‌شده برای ذخیره 100 روزه با سهم بیمه‌شده برای ذخیره یک ماهه یکسان است. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی می‌باشد که می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامت را به شما بدهند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضاء تماس بگیرید.

برای برخی از انواع خاص از داروهای توانمند 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، صفحه 133 مراجعه کنید.

### A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به طور کلی ما هزینه داروهای 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 داروهای 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 نمی‌توانید 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 می‌دهیم.

در این شرایط لطفاً ابتدا با هماهنگ کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطمئن شوید که داروخانه شبکه‌ای در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



**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/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به فصل 7، بخش A، صفحه 157 دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

**B. لیست داروهای طرح ما**

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش داریم. به این فهرست مختصراً «لیست دارو» می‌گوییم.

ما داروهای موجود در لیست دارویی را با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. لیست دارو 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 لیست دارویی طرح خود پوشش می‌دهیم.

**B1. داروهای لیست دارویی ما**

لیست داروی ما شامل داروهای تحت پوشش Medicare Part D 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](http://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 (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

لیست داروی ما شامل داروهای برند، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها است.

یک داروی مارکدار، دارویی است که با نسخه‌ای تحت نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. داروهای برند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند (به عنوان مثال داروهایی که بر پایه پروتئین هستند) محصولات بیولوژیکی نامیده می‌شوند. در لیست داروی 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 برند، جایگزین‌های ژنریک وجود دارند. برای برخی محصولات بیولوژیکی، جایگزین‌های بیوسیمیلار وجود دارد اگر سؤالی دارید که آیا یک داروی ژنریک یا برند نیازهای شما را برآورده می‌کند یا خیر، با ارائه دهنده خود صحبت کنید..

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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





**B2. نحوه پیدا کردن دارو در لیست داروی ما**

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

- به وب سایت طرح ما به آدرس زیر مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA). لیست دارو در وب سایت ما همیشه بروزترین لیست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در لیست داروی ما یا درخواست کپی از فهرست، با با هماهنگ کننده مراقبت‌تان یا 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/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) رجوع کنید
- از «ابزار مزایای زمان واقعی» ما در [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) استفاده کنید یا با هماهنگ کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضا تماس بگیرید. با این ابزار شما می‌توانید داروها را در لیست دارو جستجو کنید تا ببینید مبلغ تقریبی که خواهید پرداخت چقدر است و این که آیا داروهای جایگزین در فهرست دارو که می‌توانند همان بیماری را درمان کنند وجود دارد یا نه. طرح‌ها ممکن است دارای اطلاعات جانبی درباره ابزار مزایای زمان واقعی مانند پاداش‌ها و مشوق‌هایی باشند که به اعضای پیشنهاد می‌شوند که از «ابزار مزایای زمان واقعی» استفاده می‌کنند.

**B3. داروهایی که در لیست داروی ما نیستند**

ما همه داروهای نسخه‌ای را پوشش نمی‌دهیم. برخی از داروها در لیست داروی ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه نمی‌دهد آن داروها را پوشش دهیم. در موارد دیگر، خودمان تصمیم گرفتیم دارویی را در لیست داروی خود قرار ندهیم.

طرح ما برای انواع داروهای شرح داده 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 درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف‌شده:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل Medicare Part D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Medicare Part A یا Medicare Part B قبلاً پوشش می‌داده، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare 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) یا 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 تأیید نشده باشد. به این حالت، «استفاده متفاوت از برچسب» می‌گویند. طرح ما معمولاً داروهای تجویز شده برای استفاده متفاوت از برچسب را پوشش نمی‌دهد.
- همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند انواع داروهای ذکر شده در زیر را پوشش دهند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
  - داروهایی که برای تسکین سرفه یا نشانه‌های سرماخوردگی استفاده می‌شوند\*
  - داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا تقویت رشد مو
  - ویتامین‌ها و محصولات معدنی نسخه‌ای، به جز ویتامین‌های دوره بارداری و ترکیبات فلورید\*
  - داروهای مورد استفاده برای درمان جنسی یا اختلال در نعوظ
  - داروهای استفاده شده برای درمان کم‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن\*
  - داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می‌گوید شما باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط توسط آنها انجام دهید
- \*بعضی محصولات ممکن است از سوی Medi-Cal پوشش داده شوند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) Medi-Cal Rx مراجعه کنید.

## C. محدودیت‌ها 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 215 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

### 1. محدود کردن استفاده از یک محصول برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی، زمانی که یک نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزین موجود است

معمولاً یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی، به همان اندازه داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصل مؤثر بوده و عموماً ارزان‌تر است. در بیشتر موارد، اگر یک نوع ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصل وجود داشته باشد، داروخانه‌های شبکه ما نوع ژنریک یا نوع بیوسیمیلار قابل جایگزینی را به شما خواهند داد.

- ما معمولاً هزینه داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصل را چنانچه نوع ژنریک آن وجود داشته باشد پرداخت نمی‌کنیم.
- با این حال، اگر ارائه‌کننده شما دلیل پزشکی عدم مؤثر بودن داروی ژنریک یا نوع بیوسیمیلار قابل جایگزینی برای شما را به ما گفته باشد یا در نسخه‌تان برای یک داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصل نوشته باشد

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



«بدون جایگزین»، یا دلیل این موضوع را به ما گفته باشد که نه داروی ژنریک، نه بیوسیمیلار قابل جایگزینی، و نه داروهای دیگر تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کنند، برای شما مفید خواهند بود، در این صورت ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.

## 2. دریافت اجازه قبلی از طرح

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. ابتدا داروی متفاوتی را امتحان کنید

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 مؤثر نباشد، ما داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. به این حالت درمان مرحله ای گفته می‌شود.

## 4. محدودیت مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم. 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید. اگر بر پایه یکی از دلایل بالا، با تصمیم ما درباره پوشش مخالف باشید، می‌توانید تجدیدنظر درخواست کنید. اطلاعات بیشتر درباره این موضوع را لطفاً از بخش E، صفحه 196 فصل 9 دفترچه راهنمای اعضا به دست آورید.

## 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. به عنوان مثال:

- طرح ما دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش نمی‌دهد. ممکن است این دارو در لیست داروی 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 وجود دارد. همانطور که در بخش بالا، صفحه 148 این فصل 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 استثنای قائل شویم.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

**D1. می‌توانید ذخیره موقت دریافت کنید**

در برخی موارد، زمانی که دارو در لیست داروی 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 لیست داروی نیست، یا
- هرگز در لیست داروی 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 خرده‌فروشی 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 تأمین موقت تا 30 روز در داروخانه خرده‌فروشی 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



- 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 را چنانچه نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، پوشش خواهیم داد. این ذخیره علاوه بر ذخیره موقت فوق می‌باشد.
  - اگر سطح خدمات درمانی شما تغییر کند، تامین موقت دارو هایتان را پوشش می‌دهیم. هنگامی که از بیمارستان مرخص می‌شوید، سطحی از تغییر مراقبت اتفاق می‌افتد. همچنین این زمانی اتفاق می‌افتد که به یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت نقل مکان می‌کنید یا از آن مرخص می‌شوید.
  - اگر از یک مرکز مراقبت طولانی مدت یا بیمارستان به خانه نقل مکان می‌کنید و به یک ذخیره موقت نیاز دارید، ما یک ذخیره 30 روزه را پوشش می‌دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر مجموع ذخیره 30 روزه دارو انجام خواهیم داد.
  - اگر از خانه یا بیمارستان به یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت نقل مکان می‌کنید و به یک ذخیره موقت نیاز دارید، یک ذخیره 31 روزه را پوشش می‌دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 31 روزه دارو انجام خواهیم داد.

## D2. درخواست تامین موقت

- 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 داروی 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.

## D3. درخواست استثنا قابل شدن

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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



- 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 215 دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

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

## 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 لیست داروی خود اضافه یا حذف کنیم. ما همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. برای مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم دریافت تأییدیه قبلی (PA) (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 **باقی سال** حذف یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که به خوبی دارویی که در لیست داروی ما هم اکنون قرار دارد، عمل کند، یا
- ما متوجه شویم که یک دارو بی خطر نیست، یا
- یک دارو از بازار حذف می‌شود.

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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بررسی کنید یا
- برای بررسی لیست داروی فعلی ما با خدمات اعضا از طریق شماره پایین صفحه تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

برخی از تغییرات در فهرست دارویی ما ناگهانی اتفاق می‌افتد. به عنوان مثال:

- ممکن است داروی ژنریک جدیدی در دسترس قرار بگیرد. بعضی مواقع داروی جدید و ارزان‌تری به بازار عرضه شود که عملکرد آن مشابه داروی برندی است که در حال حاضر در فهرست دارویی وجود دارد. در چنین مواقعی، ممکن است داروی برند را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید ثابت می‌ماند.
- هنگامی که یک داروی ژنریک جدید را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند همچنان در لیست دارو باقی بماند اما مقررات یا محدودیت پوشش آن تغییر داده شود.
  - ممکن است قبل از انجام این تغییرات به شما اطلاع‌رسانی نکنیم، اما اطلاعات مربوط به تغییرات خاصی که اعمال شده را برایتان ارسال خواهیم کرد.
  - شما یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید برای اعمال «استثنا» در این تغییرات درخواست دهید. ما اطلاعاتی برایتان ارسال می‌کنیم مبنی بر مرحله‌ای که می‌توانید طی کنید تا درخواست استثنا ارائه دهید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درخصوص استثناها، به **فصل 9**، بخش **G4**، صفحه **227** از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- دارو از بازار جمع‌آوری شده است. 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. می‌توانید با پزشک خود درباره سایر گزینه‌ها صحبت کنید.

ما ممکن است تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که بر روی داروی مصرفی شما تأثیر داشته باشد. ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در لیست داروی خود به شما می‌گوییم. این تغییرات ممکن است در صورتی پیش بیاید که:

- FDA رهنمود جدیدی را ارائه کند یا رهنمودهای بالینی جدیدی در مورد 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 لیست داروی ما قرار دارد را جایگزین می‌کنیم یا
  - مقررات 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 داروی خود ایجاد کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم یا
  - به شما اطلاع خواهیم داد و پس از اینکه برای دریافت مجدد دارو درخواست دهید، به شما برای 30 روز دارو ارائه می‌دهیم.
- این به شما زمان خواهد داد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می‌توانند در تصمیم‌گیری موارد زیر به شما 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 استثنا، به **فصل 9**، بخش **G4**، صفحه **215** دفترچه راهنمای اعضای مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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



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 مرکز پرستاری، 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.

- اگر در آسایشگاه بیماران رو به مرگ Medicare ثبت نام کرده‌اید و به داروی خاص نیاز دارید (مانند داروی تسکین درد، ضد تهوع، مسهل یا ضد اضطراب) که به دلیل عدم ارتباط با بیماری و وخیم و عوارض مربوطه، تحت پوشش آن آسایشگاه نیست، ما باید قبل از آنکه بتواند دارو را پوشش دهد، اطلاعاتی را از تجویزکننده یا ارائه‌کننده آسایشگاه بیماران رو به مرگ دریافت کنیم مبنی بر اینکه دارو غیرمرتبط است.
- 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 بیماران رو به مرگ به فصل 4، بخش E3، صفحه 123 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)



**G. برنامه های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها****G1. طرح‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها**

هر بار 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 مخدر دارویی آنها در حد نامنی 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**

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضای دارای نیازهای پیچیده سلامت دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (MTM) باشید. استفاده از این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌کننده‌تان کمک می‌کند تا مطمئن شوید داروهای شما به خوبی برای بهبود سلامت‌تان عمل می‌کنند. اگر برای برنامه واجد شرایط باشید، 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 همه داروهایی که مصرف می‌کنید، مقداری که مصرف می‌کنید، و زمان و علت مصرف آنها.
- اطلاعات در مورد دفع ایمن داروهای تجویزی که مواد کنترل شده هستند.

خوب است درباره برنامه عمل‌تان و لیست داروها 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 سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

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

برنامه‌های مدیریت دارودرمانی (MTM) برای اعضای واجد شرایط داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه‌ای داشته باشید 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 پرستشی درباره این برنامه‌ها دارید، لطفاً با خدمات اعضا یا هماهنگ کننده مراقبت‌تان 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 اخیراً 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 در حال سوء مصرف مخدر دارویی یا 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 به شما خواهد گفت که آیا ما پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد یا نه، و یا آیا شما نسخه‌های این داروها را فقط باید از یک ارائه‌کننده یا داروخانه مشخص بگیرید یا نه.

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. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، ما پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم خود را به شما اطلاع خواهیم داد. 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 (IRO) ارسال می‌کنیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر و سازمان بازنگری مستقل (IRO)، به فصل 9، بخش G6، صفحه 232 دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.)

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

- اگر شرایط پزشکی خاصی دارید، مثل سرطان، یا بیماری سلول داسی شکل،
- اگر مراقبت بیمارارن لاجلاج، تسکینی یا پایان عمر دریافت می‌کنید، یا
- اگر در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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 این نشانی مراجعه کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

## فصل 6: مبلغی که باید خودتان برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal Medicaid 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، شما "Extra Help" از Medicare دریافت می‌کنید تا در پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare Part D به شما کمک شود. ما یک الحاقیه جداگانه برایتان می‌فرستیم، که «الحاقیه شواهد پوشش برای افرادی که Extra Help 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 داروهایتان می‌گوید. اگر این الحاقیه را ندارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست «الحاقیه LIS» کنید.

**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. **Extra Help** همچنین «یارانه کم‌درآمدها» یا «LIS» خوانده می‌شود.

عبارات کلیدی دیگر و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *دقت‌رچه 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 «لیست دارو» می‌خوانیم که شامل این اطلاعات است:
    - 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 لیست داروی ما را در وبسایت ما به آدرس زیر پیدا کنید  
[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



○ اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح ما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC، over-the-counter) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس [\(medi-calrx.dhcs.ca.gov/\)](http://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 (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

● **فصل 5، بخش A، صفحه 139 دفترچه 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.
  - اگر از «ابزار مزایای زمان واقعی» طرح برای دریافت پوشش دارو استفاده می‌کنید (به **فصل 5، بخش B2، صفحه 146** مراجعه کنید)، هزینه‌های نمایش داده شده در «زمان واقعی» هستند، یعنی هزینه‌های نشان داده‌شده در ابزار نشان‌دهنده یک نقطه زمانی خاص است تا بتوان هزینه‌های سهم بیمه‌شده را تخمین زد. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با هماهنگ کننده مراقبت‌تان یا خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- **فهرست خدمات‌دهندگان 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 ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما** لیستی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه به **فصل 5، بخش A، صفحه 139** از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



## فهرست مطالب

- A. توضیح مزایا (EOB) ..... 150
- B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما ..... 151
- C. دریافت ذخیره دارویی یک ماهه یا بلند مدت برای شما هزینه‌ای ندارد ..... 152
- C1. دریافت ذخیره بلندمدت دارو ..... 152
- C2. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید ..... 152
- D. واکسن‌ها ..... 153
- D1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید ..... 153

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،



## A. توضیح مزایا (EOB)

برنامه ما حساب داروهای تجویزی شما را ننگه می‌دارد. ما حساب هزینه‌ها را ننگه می‌داریم:

- **کل هزینه دارویی شما.** مبلغی است که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازند، به علاوه مقداری که ما می‌پردازیم.
- وقتی داروهای تجویزی را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید، گزارشی برای شما ارسال می‌کنیم که توصیف مزایا نامیده می‌شود. به این، مختصراً EOB می‌گوییم. EOB، صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهای دارای هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، در اختیار دارد. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم هزینه با پزشک نسخه‌نویستان صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر می‌شود:
  - **اطلاعات مربوط به ماه.** خلاصه، به شما می‌گوید که کدام داروهای نسخه‌ای را برای ماه قبل 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 هرگونه تغییر قیمت دارو از اولین مورد پر کردن را نشان می‌دهد.**
  - **جایگزین‌های با هزینه کمتر در صورت وجود،** آنها در خلاصه زیر داروهای فعلی شما ظاهر می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید 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 (OTC، over-the-counter) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.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 (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.
  - **به منظور اطلاع از اینکه کدام داروها در طرح ما پوشش داده می‌شود، به لیست داروی ما مراجعه کنید.**

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## B. نگاه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما

برای نگاه 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 خود استفاده کنید.

کارت شناسایی عضویت خود را هر بار 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 داروهای تحت پوشش 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 تجویزی 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 داروهای 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

جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه دارو، به **فصل 7**، بخش **A**، صفحه 157 از دفترچه 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 (ADAP)، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شوند به حساب هزینه‌های نقدی شما گذاشته می‌شوند.

### 4. گزارش‌هایی (EOB) که برای شما ارسال می‌کنیم را کنترل کنید.

وقتی توصیف مزایا را از طریق پست (EOB) دریافت می‌کنید، مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد.

- آیا نام همه داروخانه‌ها را می‌بینید؟ تاریخ‌ها را کنترل کنید. آیا داروها را آن روز گرفتید؟
- آیا داروهای موجود در فهرست را دریافت کردید؟ آیا آنها با داروهای نوشته شده در رسیدهایتان مطابقت می‌کردند؟ آیا داروها با آنچه پزشکتان تجویز کرده است مطابقت می‌کنند؟

برای اطلاعات بیشتر، می‌توانید با خدمات اعضای Wellcare by Health Net تماس بگیرید یا دفترچه اعضای Wellcare by Health Net را بخوانید که می‌توانید آن را از وبسایت ما دریافت کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA).

### اگر اشتباهاتی در این خلاصه ببینید چه کار باید بکنید؟

اگر چیزی در این EOB نامفهوم است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با خدمات اعضای Wellcare by Health Net تماس بگیرید. همچنین پاسخ‌های بسیاری از پرسش‌ها را می‌توانید در وبسایت ما پیدا کنید: [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA).

### نتیجه یک تقلب احتمالی چه خواهد شد؟

اگر در این خلاصه داروهایی هستند که شما مصرف نمی‌کنید یا مورد دیگری وجود دارد که مشکوک به نظر می‌رسد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما از طریق خدمات اعضای Wellcare by Health Net تماس بگیرید.
- یا از طریق این شماره تلفن با Medicare تماس بگیرید: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).  
کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.

اگر احتمال بدهید که یک ارائه‌کننده که Medi-Cal has دریافت می‌کند، مرتکب خلاف، سوءاستفاده یا هدر دادن شده است، حق دارید با تماس با شماره رایگان و محرمانه 1-800-822-6222 آن را گزارش کنید. روش‌های دیگر گزارش دادن خلاف مرتبط با Medi-Cal را می‌توانید در اینجا پیدا کنید: [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)

اگر فکر می‌کنید که موردی اشتباه یا ناقص است یا اگر سؤالی داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این EOBها 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 هزینه‌ای 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 تمدید یافته» نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلندمدت در واقع ذخیره‌ای تا حداکثر 90 روز می‌باشد. دریافت ذخیره دارویی بلند مدت هزینه‌ای برای شما به همراه نخواهد داشت.

برای جزئیات بیشتر در مورد مکان و نحوه تامین طولانی مدت دارو، به فصل 5، بخش A7، صفحه 137 از دفترچه راهنمای اعضا یا فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها 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 (OTC، over-the-counter) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل

و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



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 خارج از شبکه ذخیره برای حداکثر 30 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. جهت جزئیات به فصل 5، بخش A8، صفحه 137 از دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.	داروخانه مراقبت بلندمدت شبکه میزان داروی مصرفی تا حداکثر 31 روز	خدمات ارسال دارو از طریق پست توسط طرح ما ذخیره یک ماه یا حداکثر 100 روز	داروخانه شبکه ذخیره یک ماه یا حداکثر 100 روز	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 کنندگان و داروخانه‌های طرح ما مراجعه کنید.

## D. واکسن‌ها

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها می‌پردازید: بعضی واکسن‌ها، مزایای پزشکی در نظر گرفته می‌شوند. سایر واکسن‌ها به  
عنوان داروهای Medicare Part D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در لیست داروهای تحت پوشش (فهرست  
دارو) پیدا کنید. طرح ما بیشتر واکسن‌های Medicare Part D برای بزرگسالان را به صورت رایگان پوشش می‌دهد. برای  
اطلاعات دقیق‌تر مربوط به پوشش و تقسیم هزینه واکسن‌های خاص، به لیست داروهای تحت پوشش (فهرست دارو) مراجعه کنید یا با  
خدمات اعضاء تماس بگیرید.

پوشش واکسیناسیون‌های Medicare Part D 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 اعضاء تماس بگیرید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل  
و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر،

از [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## 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. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفتربه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت بابت خدمات یا داروهایتان ..... 155
- B. ارسال درخواست برای پرداخت ..... 158
- C. تصمیم در مورد پوشش ..... 159
- D. درخواست تجدیدنظر ..... 160



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

شما نباید برای خدمات یا داروهای درون شبکه صورتحساب دریافت کنید. ارائه دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش توسط شما، برای طرح سلامت صورتحساب صادر کنند. یک ارائه‌کننده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد.

ما به ارائه‌کنندگان Wellcare by Health Net اجازه نمی‌دهیم که برای این خدمات یا داروها برای شما صورتحساب صادر کنند. ما مستقیماً به ارائه‌کنندگان خود دستمزد می‌دهیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه مطالبه شده حمایت می‌کنیم.

اگر برای مراقبت‌های بهداشتی یا دارو صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را پرداخت نکنید و صورتحساب را برای ما ارسال کنید. جهت ارسال صورتحساب به ما به بخش B صفحه 160 این فصل 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 شماسست که مبلغی را باز پس بگیرید.
  - اگر هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کرده باشید، ما آن را به شما پس خواهیم داد.
- اگر خدمات دریافتی از Medi-Cal را پرداخت کرده‌اید، ممکن است برای بازپرداخت آن واجد شرایط باشید، البته اگر همه شرایط زیر را داشته باشید:
  - خدماتی که دریافت کردید، تحت پوشش Medi-Cal بود که ما مسئول پرداخت هزینه آن هستیم. ما هزینه خدماتی را که Wellcare by Health Net پوشش نمی‌دهد، به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
  - شما خدمات تحت پوشش را پس از این که عضو واجد شرایط Wellcare by Health Net شدید دریافت کردید.
  - میخواهید هزینه مربوطه ظرف یک سال از تاریخی که خدمات تحت پوشش را دریافت کردید، به شما بازپرداخت شود
  - مدرکی را ارائه کنید که ثابت کند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، مانند رسید صادر شده از سوی ارائه‌کننده که حاوی همه اطلاعات است.
  - شما خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌کننده عضو Medi-Cal در شبکه Wellcare by Health Net دریافت کردید. اگر مراقبت اضطراری، خدمات تنظیم خانواده، یا خدمات دیگری را که Medi-Cal به ارائه‌کنندگان خارج از شبکه بدون تایید اولیه (مجوز اولیه) اجازه ارائه آنها را می‌دهد، دریافت کرده باشید، نیازی به داشتن این شرایط ندارید.
- اگر خدمات تحت پوشش، در حالت عادی به تایید اولیه (مجوز اولیه) نیاز دارند، باید مدرکی از طرف ارائه‌کننده ارائه کنید که یک نیاز پزشکی برای خدمات تحت پوشش را نشان می‌دهد.
- Wellcare by Health Net در نامه‌ای به نام اطلاعیه اقدام، به شما اطلاع خواهد داد که هزینه را به شما بازپرداخت خواهد کرد یا خیر. اگر همه شرایط بالا را داشته باشید، ارائه‌کننده عضو Medi-Cal باید همه مبلغی را که پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه‌کننده از بازپرداخت مبلغ به ما خودداری کند، Wellcare by Health Net

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،



همه مبلغی را که پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری از تاریخ دریافت مطالبه، مبلغ را به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌کننده عضو Medi-Cal باشد ولی در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت مبلغ به شما خودداری کند، Wellcare by Health Net will مبلغ را به شما بازپرداخت خواهد کرد، ولی تنها تا مقداری که FFS Medi-Cal خواهد پرداخت. Wellcare by Health Net مبلغ پرداخت شده از سوی شما برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده، یا سایر خدماتی را که Medi-Cal اجازه می‌دهد بدون تایید اولیه (مجوز اولیه) از سوی ارائه‌کنندگان خارج از شبکه ارائه شوند، به شما بازپرداخت خواهد کرد. اگر یکی از شرایط بالا را نداشته باشید، مبلغ را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

• در موارد زیر، هزینه را بازپرداخت نخواهیم کرد:

- شما خدماتی را درخواست و دریافت کردید که از سوی Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود، مانند خدمات زیبایی.
- خدمات، از سوی Wellcare by Health Net پوشش داده نمی‌شود.
- شما به پزشکی مراجعه کردید که Medi-Cal را قبول نمی‌کند و شما فرمی را امضاء کردید که در آن اعلام کردید در هر صورت می‌خواهید نزد پزشک بروید و خودتان هزینه خدمات را خواهید پرداخت.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما خواهیم گفت.

اگر هرگونه سوالی 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.**

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 مبلغی 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 مبلغی 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 Medicare را پرداخت کرده‌اید، ما به شما بازپرداخت می‌کنیم

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،



## 2. وقتی ارائه‌کننده شبکه برای شما صورتحساب می‌فرستد

ارائه‌کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند. وقتی خدمات یا نسخه‌ای دریافت می‌کنید، باید کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. ولی بعضاً آنها اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند هزینه خدمات را بپردازید یا بیشتر از سهم هزینه‌تان بپردازید. اگر صورتحسابی دریافت کردید با شماره موجود در پایین این صفحه، بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

- از آنجا 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 یک شبکه دریافت می‌کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با آن ارائه‌کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.
- اگر قبلاً صورتحسابی از یک ارائه‌دهنده شبکه برای خدمات تحت پوشش Medicare را 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. اگر به صورت معطوف به گذشته عضو طرح ما هستید

- بعضاً عضویت شما در طرح ممکن است معطوف به گذشته باشد. (یعنی روز نخست عضویت شما سپری شده است. حتی ممکن است سال گذشته باشد.)
- اگر به صورت معطوف به گذشته عضو شده‌اید و مبلغ صورتحسابی را پس از تاریخ عضویت پرداخت کردید، می‌توانید از ما بخواهید آن را بازپرداخت کنیم.
  - صورتحساب و مدرک مبلغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.

## 4. وقتی از یک داروخانه خارج از شبکه برای دریافت داروهای نسخه استفاده می‌کنید

- اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده می‌کنید، هزینه نسخه خود را به طور کامل پرداخت می‌کنید.
- تنها در موارد معدود، ما هزینه نسخه‌هایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه گرفته شده باشد را تحت پوشش قرار خواهیم داد. 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 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## 5. زمانی که هزینه نسخه کامل Medicare Part D را پرداخت می‌کنید، چون که کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید

- اگر کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد یا اطلاعات ثبت‌نام شما در طرح را جستجو کند.
- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را خودتان بپردازید یا با کارت شناسایی عضویت خود به داروخانه بازگردید.

- وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید.

## 6. زمانی که هزینه کامل نسخه را برای دارویی Medicare Part D 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 لیست داروهای تحت پوشش (لیسن داروی) 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 215 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
- اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکننده‌هایتان فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید (ظرف 24 ساعت)، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش سریع کنید (به فصل 9، بخش G4، صفحه 215 دفترچه راهنمای اعضا خود 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. نام آن «تصمیم پوشش» است. اگر به این نتیجه برسیم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، هزینه آن را پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست شما برای پرداخت را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای یادگیری نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9، بخش G5، صفحه 217 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورتحساب و سند پرداخت خود برای خدمات Medicare را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. مدرک مبلغ پرداخت شده 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 هماهنگ‌کننده مراقبت خود، درخواست کمک و راهنمایی کنید. باید ظرف 30 روز از تاریخ دریافت خدمات، لوازم یا دارو، اطلاعات خودتان را به ما بفرستید.

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](http://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:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،



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 طرف شما نیاز داشته باشیم، به اطلاع شما خواهیم رساند.
- 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 49 از دفترچه راهنمای اعضا** قوانین مربوط به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد.

**فصل 5، بخش A، صفحه 134 از دفترچه راهنمای اعضای خود** قوانین مربوط به پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare Part D 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.
- برای اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات پوشش، به **فصل 9، بخش E، صفحه 196** مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید 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. نام آن «ارائه درخواست تجدیدنظر» است. 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 تجدیدنظرها، به **فصل 9**، بخش E2، صفحه 197 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید:

- اگر می‌خواهید در مورد بازپرداخت هزینه خدمات درمانی درخواست تجدیدنظر کنید، به **فصل 9**، بخش E، صفحه 196 مراجعه کنید.
- اگر می‌خواهید برای دریافت بازپرداخت برای دارو درخواست تجدید نظر کنید، به **فصل 9**، بخش G5، صفحه 217 مراجعه کنید.





## فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما

### مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت های شما به عنوان عضو برنامه درمانی می باشد. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. کلیدواژه ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

A.	شما حق دارید خدمات و اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند.	168
B.	مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش.	178
C.	مسئولیت ما در حفظ اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI)	179
C1.	نحوه محافظت ما از PHI شما.	180
C2.	حق شماست که به سوابق پزشکی خود نگاه کنید.	180
D.	مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما.	180
E.	عدم امکان صدور مستقیم صورتحساب برای شما توسط ارائه کنندگان شبکه.	183
F.	حق شما برای ترک طرح ما.	183
G.	شما حق دارید در مورد مراقبت درمانی خود تصمیم بگیرید.	183
G1.	حق شما برای دانستن انتخاب های درمانی و تصمیم گیری.	183
G2.	حق شما برای تعیین آنچه برایتان انجام شود در صورتیکه قادر به تصمیم گیری درباره درمان خودتان نباشید.	184
G3.	اگر دستورالعمل های شما رعایت نشد چه کار کنید.	185
H.	حق شماست که شکایت کنید و از ما بخواهید در تصمیمات خود تجدید نظر کنیم.	185
H1.	در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد.	186
I.	مسئولیت های شما به عنوان یک عضو برنامه.	186
J.	شما این حق را دارید که پیشنهاداتی درباره سیاست های مربوط به حقوق و مسئولیت های اعضا ارائه کنید.	188
K.	ارزیابی فن آوری های جدید.	188



## Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711) or write to:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice. Please call us if:

- You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese, Hmong or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
- You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Wellcare by Health Net Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.



**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 هر سال 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.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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. به این، «درخواست پیوسته» می‌گویند. ما انتخاب شما را ثبت خواهیم کرد. 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 همونگ 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). 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-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 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.
- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

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

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 կարծանագրենք 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 կյանքը 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 զանազան ներկայացնել, ապա զանգահարեք**

- Medicare-ին՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- ԱՄ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Բաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Բաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

**Տիտղոսները և իրավունքները  
և իրավունքների գրասենյակ**

Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:



Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

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

- អ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេង។  
អ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
- អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងធ្វើទៅកាន់អ្នក។

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

**ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួល  
បានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព  
ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា នោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់៖**

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅ  
ទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើ TTY  
គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈ  
លេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ  
1-800-537-7697។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់  
TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។



## 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保所有服務均以文化適合且可以取得的方式提供給您。我們也必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關我們計劃的福利及您的權利。只要您尚在本計劃中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本項計劃有免費口譯服務，能以不同語言回答問題。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若要取得以上替代格式的材料，請致電會員服務部：1-800-431-9007 (TTY: 711) 或寫信至：

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 7。11

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## A. 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 هر سال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوئیم.

- 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 همه 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 (خمیر)، 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 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.
- با اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-76971-537 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## 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 서비스부(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 서비스부(1-800-431-9007 TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

**당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 있어 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면,**

- Medicare에 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. 주 7 일 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.
- 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019 번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 문의해 주십시오.
- 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 участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) либо напишите по адресу:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

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 другом 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 8a.m. до 8p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8a.m. до 8p.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 ТТУ набирайте 1-800-537-7697.
- Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании ТТУ 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). 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 inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.



- Mabibigyan rin kayo ng aming plano 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 ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) o sumulat sa:

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). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

**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 tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.



- 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.
- 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 Thành Viên theo số 1-800-431-9007(TTY: 711) hoặc viết thư cho:

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.
- 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.

---

### **Koj li kev muaj cai kom tau txais cov kev pab cuam thiab ntaub ntawv qhia paub hauv txoj hauv kev uas yuav ua tau raws li koj cov kev xav tau**

Peb yuav tsum ua kom paub tseeb tias koj tau txais **tag nrho** cov kev pab cuam hauv tus yam ntxwv uas muaj lub peev xwm fab kab lij kev cai thiab tuaj yeem nkag cuag tau. Tsis tas li ntawd, peb yuav tsum tau qhia rau koj paub txog peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm cov txiaj ntsig kev pab thiab koj cov kev muaj cai hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia rau koj hais txog koj cov kev muaj cai hauv txhua xyoo uas koj tseem nyob hauv peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm.

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub ntxiv hauv txoj hauv kev uas koj nkag siab tau, hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug hauv lwm hom lus.
- Tsis tas li ntawd, peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj [hauv cov hom lus uas tsis yog Lus Askiv thiab](#) hauv hom ntaub ntwav xws li ntawv luam loj, los sis ua suab lus hais. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv ib hom ntawm lwm hom nab ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711) los sis sau ntawv mus rau:

Wellcare by Health Net  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab txog koj tej ntaub ntawv qhia paub txog txoj phiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv. Peb tuaj yeem xa cov ntaub ntawv rau koj hauv lwm hom lus los sis lwm hom ntaub ntawv yog tias koj thov kom muab li ntawd. Qhov no hu ua "kev thov qhov yus xaiv." Peb yuav teev tseg koj qhov kev xaiv no cia. Thov hu rau peb yog tias:

- Koj xav kom tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Arabic, Lus Armenian, Kas Pus Cias (Lus Khmer), Lus Suav (ntawv sau li thaum ub), Lus Farsi, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj los sis ua lwm hom ntaub ntawv. Koj tuaj yeem thov tau ib hom ntawm cov hom lus no hauv lwm hom ntaub ntawv.
- Koj tuaj yeem hloov hom lus los sis hom ntaub ntawv uas peb xa cov ntaub ntawv no tuaj rau koj.

Yog tias koj xav tau kev pab kom nkag siab txog koj txoj phiaj xwm cov ntaub ntawv, thov tiv tauj Wellcare by Health Net Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Nyob rau Lub Kaum Hli Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom los pab cuam hauv Hnub Monday–Sunday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj Nyob Rau Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, cov neeg sawv cev khoom lus pab cuam hauv Hnub Monday–Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj



Yog tias koj muaj teeb meem txog kev tau txais cov ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm vim muaj teeb meem txog hom lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav xa daim ntawv lus tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare tau ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711
- Teb Chaw Meskas Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv thiab Cov Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

## 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 ملاقت صبر کنید، می‌توانید با مرکز خدمات اعضای Wellcare by Health Net به این شماره 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 و می‌توانند 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 ارائه‌کننده اصلی مراقبت‌های درمانی (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. خدمات‌دهنده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد اینکه چه نوع ارائه دهنده‌ای می‌توانند به عنوان PCP عمل کنند و نحوه انتخاب PCP را در **فصل 3**، بخش D، صفحه 51 از دفترچه 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.
- شما حق دارید بدون دریافت ارجاع نزد متخصص بیماری‌های زنان یا متخصص سلامت زنان دیگری بروید. 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 شامل حق دریافت به موقع خدمات از متخصصان می‌باشد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- 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 (PA) 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 **57** از دفترچه 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 **17** از دفترچه 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 **196** از دفترچه 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 تصمیم‌گیری موافق نباشید، باید چه اقدامی انجام دهید.

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

ما از 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 درباره 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 می‌تواند 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 اعلام الکترونیک یا درخواست تلفنی یا ظرف **14** روز تقویمی پس از دریافت درخواست کتبی از طریق پست پیش‌تاز 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 Dual Align (HMO D-SNP) اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نخواهد داد. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

همانگ می‌کند. [§] در خواست 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 تصمیم‌گیری 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 تصمیم‌گیری می‌کنیم.
  - شما حق دارید بدانید که آیا ما PHI شما را با دیگران به اشتراک می‌گذاریم 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 درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با خدمات اعضا 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 فابل صوتی نیز در اختیار شما قرار دهیم. می‌توانید این کتابچه را به زبان‌های زیر نیز به طور رایگان دریافت کنید:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- همونگ
- 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
- خدمات و داروهای تحت پوشش، شامل:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- خدمات (به فصل‌های 3 و 4 دقترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید) و داروها (به فصل‌های 5 و 6 دقترچه 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 196 دقترچه 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 قیض 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 157 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 (MA) 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 MA دیگری دریافت کنید.
- به فصل 10، بخش C، صفحه 243 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید:
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید به برنامه MA 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 ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی‌تان کمک کنند.

### G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

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 همه گزینه‌های 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 مداوای 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- **می‌توانید پاسخ «نه» بدهید.** شما حق دارید که هرگونه درمانی را قبول نکنید. 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 عرضه 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 **196** از *دقت‌رچه راهنمای اعضا* درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی از ما توضیح داده شده است.

## **G2. حق شما برای تعیین آنچه برایتان انجام شود در صورتیکه قادر به تصمیم‌گیری درباره درمان خودتان نباشید**

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 تصمیم‌گیری کند.**
  - **دستورالعمل‌های کتبی را در اختیار پزشک خود قرار دهید تا وی بتواند زمانی که شما قادر به تصمیم‌گیری نیستید، اقدامات لازم را انجام دهد، شامل مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید آنها را دریافت کنید.**
- سند رسمی که دستورالعمل‌ها را به شما ارائه می‌کند، «پیش‌رهنمون» نامیده می‌شود. انواع مختلف پیش‌رهنمون و نام‌های مختلف برای آن وجود دارد. نمونه‌هایی از جمله وصیت‌انتهای حیات و وکالت‌نامه برای مراقبت درمانی.
- شما نیازی به داشتن پیش‌رهنمون ندارید، اما می‌توانید داشته باشید. اگر می‌خواهید از پیش‌رهنمون استفاده کنید، در اینجا چه کاری باید انجام دهید:

- **فرم را دریافت کنید.** می‌توانید فرم مربوطه را از پزشک، وکیل یا سازمان خدمات حقوقی و یا مددکار اجتماعی خود دریافت کنید. داروخانه‌ها و دفاتر ارائه‌کنندگان معمولاً فرم‌ها را دارند. می‌توانید یک فرم رایگان را در اینترنت بیابید و 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 تصمیم‌گیرنده از جانب خود انتخاب کرده‌اید. همچنین می‌توانید نسخه‌هایی از آن را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. یک کپی را در خانه نگه دارید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- 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 Dual Align (HMO D-SNP) در مورد تغییرات قانون ایالتی حداکثر 90 روز پس از تغییر به شما اطلاع خواهد داد.

برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

### **G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید**

اگر پیش رهنمون را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های آن پیروی نکرده‌اند، می‌توانید شکایتی را به دفتر محلی حقوق مدنی خود تسلیم 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 مدنی 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 196** از دفترچه 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،



**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 *دقترچه راهنمای اعضا* شما نیست - یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با شماره زیر تماس داشته باشید:

- مرکز خدمات اعضا.
- همچنین می‌توانید با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به **فصل 2**، بخش E، صفحه 33 مراجعه کنید.
- برنامه Ombuds به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه به **فصل 2**، بخش 1، صفحه 37 از *دقترچه راهنمای اعضا* 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 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید "Medicare Rights & Protections" (حقوق و محافظت‌های Medicare) که در وبسایت [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) به نشانی Medicare موجود است را مطالعه یا دانلود کنید.)

**1. 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.

- **دقترچه 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:
  - برای خدمات تحت پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** *دقترچه 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.
  - برای داروهای تحت پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** *دقترچه 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.**

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- اطلاعات مورد نیاز آن‌ها درباره خود و وضعیت سلامت خود را در اختیارشان قرار دهید. تا جایی که می‌توانید، درباره مشکلات سلامت خود مطلع شوید. برنامه‌های درمانی و دستوراتی را که شما و ارائه‌کنندگان‌تان درباره‌شان توافق می‌کنید، دنبال کنید.
- مطمئن شوید که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، از کلیه 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 هماهنگی کننده مراقبت خود کار کنید** از جمله پر کردن ارزیابی سالانه خطر سلامتی.
- **ملاحظه‌گر باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضا به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که در مطب پزشک خود، بیمارستان و مطب سایر ارائه‌کنندگان با احترام رفتار کنید.
- **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 بیشتر اعضای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) برنامه Medi-Cal حق بیمه Medicare Part A و حق بیمه Medicare Part B شما را می‌پردازد.
  - اگر خدمات یا داروهایی که تحت پوشش برنامه ما نیستند را دریافت می‌کنید، باید هزینه کامل آن‌ها را شخصاً خودتان پرداخت کنید. (توضیح: اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً برای یادگیری نحوه درخواست تجدیدنظر به **فصل 9**، بخش E2، صفحه 197 مراجعه کنید.)
- **اگر نقل مکان می‌کنید به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل مکان دارید، فوراً به ما بگویید. با 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 16 دفترچه راهنمای اعضا به شما در مورد منطقه خدماتی 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 35 دفترچه 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 سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،



- اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما هست به ما بگویید.
- اگر سؤال یا نگرانی دارید، برای دریافت راهنمایی با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

## L. شما این حق را دارید که پیشنهاداتی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید

اگر سؤال یا نگرانی دارید یا اگر برای بهبود سیاست حقوق اعضا پیشنهادی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و نظراتتان را مطرح کنید.

## K. ارزیابی فناوری‌های جدید

فناوری‌های جدید شامل روبه‌ها، دارو، محصولات بیولوژیک یا دستگاه‌هایی است که اخیراً برای درمان بیماری‌ها یا علائم خاص توسعه یافته‌اند یا کاربردهای جدید از روبه‌ها، دارو، محصولات بیولوژیک و دستگاه‌های موجود است. طرح ما در هر شرایطی که امکان داشته باشد از قوانین پوشش دهی محلی و ملی Medicare پیروی می‌کند.

در صورت عدم وجود قوانین مربوط به پوشش، طرح ما فناوری‌ها یا کاربردهای جدید فناوری‌های موجود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد تا در طرح‌های قابل اجرای مزایا اضافه شوند و با ارزیابی دقیق تحقیقات پزشکی منتشر شده فعلی در نشریات دارای داور اعم از بررسی‌های نظام‌مند، آزمایش‌های کنترل‌شده و تصادفی، تحقیقات کوهورت، مطالعات موردی کنترل، تحقیقات آزمایشی تشخیصی همراه با نتایج آماری معنادار که نشان‌دهنده ایمنی و کارایی آن‌ها باشد و همچنین بررسی دستورالعمل‌های شاهد محور که توسط سازمان‌های ملی و مقامات معتبر تعریف شده‌اند، اطمینان حاصل شود که اعضا به خدمات درمانی ایمن و مؤثر دسترسی دارند. طرح ما همچنین نظرات، توصیه‌ها و ارزیابی‌های ارائه‌شده توسط پزشکان فعال، انجمن‌های پزشکی شناخته‌شده ملی از جمله انجمن‌های تخصصی پزشکی، هیئت‌های عمومی یا سایر سازمان‌های ملی و معتبر ارزیابی تحقیق یا فناوری، گزارش‌ها و انتشارات نهادهای دولتی (به عنوان مثال، سازمان غذا و دارو (FDA)، مراکز کنترل بیماری (CDC) و مؤسسات ملی سلامت (NIH)) را در نظر می‌گیرد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## فصل 9. در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم درباره پوشش، درخواست تجدیدنظر، 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 **1-855-501-3077** با **Medicare Medi-Cal Ombuds Program** 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 1، صفحه 38 *دفتربه راهنمای اعضای خودمراجعه کنید.*

## فهرست مطالب

192	A. اگر مشکل یا شکایتی داشتید چه کاری باید انجام دهید.....
192	A1. درباره اصطلاحات حقوقی.....
192	B. از کجا کمک بگیریم.....
192	B1. برای اطلاعات و کمک بیشتر.....
194	C. درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما.....
194	D. مشکلات مربوط به مزایای شما.....
194	E. تصمیمات پوشش و تجدیدنظرها.....
195	E1. تصمیم در مورد پوشش.....
195	E2. درخواست تجدیدنظر.....
196	E3. کمک در رابطه با تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر.....
196	E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند.....
197	F. مراقبت پزشکی.....
197	F1. استفاده کردن از این بخش.....
198	F2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش.....
200	F3. درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....
203	F4. درخواست تجدیدنظر مرحله 2.....
209	F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه.....
210	G. داروی تجویزی Medicare Part D.....
210	G1. Medicare Part D تصمیمات پوشش و تجدید نظر.....
211	G2. استثنای Medicare Part D.....
212	G3. نکات مهمی که باید هنگام درخواست استثنا از آنها مطلع باشید.....
213	G4. درخواست برای تصمیم پوشش شامل یک استثنا.....
215	G5. درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....



- 217 .....G6. درخواست تجدیدنظر مرحله 2.....
- 219 .....H. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان.....
- 219 .....H1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما.....
- 220 .....H2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....
- 222 .....H3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2.....
- 223 .....H4. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین.....
- 224 .....H5. نحوه درخواست تجدیدنظر ثانوی مرحله 2.....
- 225 .....I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی.....
- 225 .....I1. اطلاعیه قبلی، قبل از اتمام پوشش شما.....
- 225 .....I2. درخواست تجدیدنظر مرحله 1.....
- 227 .....I3. درخواست تجدیدنظر مرحله 2.....
- 228 .....I4. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین.....
- 229 .....I5. نحوه درخواست تجدیدنظر ثانوی مرحله 2.....
- 230 .....J. مرحله بعد از سطح 2 برای تجدیدنظر شما.....
- 230 .....J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare.....
- 231 .....J2. درخواست‌های تجدیدنظر بیشتر Medi-Cal.....
- 231 .....J3. درخواست تجدیدنظر در سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست داروهای Medicare Part D.....
- 232 .....K. نحوه ارائه شکایت.....
- 232 .....K1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟.....
- 234 .....K2. شکایات داخلی.....
- 236 .....K3. شکایات خارجی.....



## 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 تجدیدنظر و از یکی دیگر برای شکایت استفاده کنید که اعتراض نیز نامیده می‌شود.

برای اطمینان از انصاف و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه‌ای 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 ساده‌تر 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»
- «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش دهی» به جای «تعیین تکلیف تسریع یافته»
- «سازمان بازنگری مستقل» (IRO) به جای «نهاد بررسی مستقل» (IRE)

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 گیج‌کننده 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

می‌توانید 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 تصمیم‌گیری 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 1-800-434-0222 در دسترس است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



## کمک از طرف برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds

می‌توانید با برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهند. برنامه Ombuds با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های سلامت ارتباطی ندارد. شماره تلفن آنها 1-888-804-3536 و وب سایت آنها [www.healthconsumer.org](http://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 از Medicare ذکر می‌شود:

- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وب سایت Medicare به آدرس ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) مراجعه کنید.

## کمک و اطلاعات از Medi-Cal

### دریافت کمک از California Department of Managed Health Care

دپارتمان California Department of Managed Health Care (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman 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 California Department of Managed Health Care

برای کمک رایگان با California Department of Managed Health Care (DMHC) تماس بگیرید. DMHC برای نظارت بر طرح‌های 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 می‌توانند از خط TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنان می‌توانید به وبسایت DMHC در این آدرس مراجعه کنید [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov).

California Department of Managed Health Care کنترل و نظارت بر برنامه‌های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. اگر در مورد طرح درمانی خود شکایت و نارضایتی دارید، ابتدا باید از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با طرح سلامت خود تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، از روند دادخواهی برنامه درمانی خود استفاده کنید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب 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 همچنین خط تلفن رایگان به شماره (1-888-466-2219) و خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای افراد مبتلا به اختلالات شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی دپارتمان [www.dmhc.ca.gov](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، شامل همه مزایای Medicare و Medi-Cal شما است. این گاهی اوقات «فرآیند 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 212 این فصل این موقعیت‌ها را توضیح می‌دهد.

## 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.

مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایا یا پوشش طرح است؟	
اینها عبارتند از: مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص (خدمات پزشکی و/یا داروهای تجویزی Part B)، روشی که آن‌ها تحت پوشش بوده و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی	
<b>بله.</b> مشکل من در مورد مزایا یا پوشش است.	<b>خیر.</b> مشکل من در این مورد نیست. مزایا یا پوشش است.
به بخش E، صفحه 196 «تصمیمات پوشش و تجدیدنظر» مراجعه کنید.	به بخش K، صفحه 233 «چگونه شکایت کنیم» رجوع کنید.

## E. تصمیمات پوشش و تجدیدنظرها

فرآیند درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش طرح و درخواست‌های تجدیدنظر در رابطه با مشکلات مرتبط با مزایا و پوشش طرح برای مراقبت‌های پزشکی شما (خدمات، اقلام و داروهای نسخه‌ای Part B، از جمله پرداخت).

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (711 :TTY) 1-800-431-9007 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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## 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. به عنوان مثال، پزشک شبکه طرح شما هر زمان که از او مراقبت پزشکی دریافت می‌کنید، یک تصمیم (مطلوب) درباره پوشش شما می‌گیرد (به فصل 4، بخش H دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید).

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.

تصمیم گیری درباره پوشش دهی به تصمیم‌هایی اطلاق می‌شود که ما درباره خدمات تحت پوشش برای شما و مبلغ پرداختی برای این خدمات اتخاذ می‌کنیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک خدمت یا دارو تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست یا دیگر تحت پوشش شما نیست. اگر با این تصمیم پوشش دهی مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید.

## E2. درخواست تجدیدنظر

اگر ما تصمیمی برای پوشش می‌گیریم و شما از این تصمیم راضی نیستید، می‌توانید این تصمیم را «تجدید نظر» کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیم پوشش دهی ما است.

هنگامی که برای اولین بار برای بررسی تصمیم درخواست تجدیدنظر 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 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) به نشانی [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) کنید. برای اطلاعات بیشتر به صفحه 210 این فصل 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 208 و صفحه 212 توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست سریع یا «تصمیم سریع برای تحت پوشش بودن» یا تجدیدنظر سریع درباره یک تصمیم پوشش دهید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما منفی باشد، نامه ای برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش درمانی خدمات یا اقلام پزشکی Medicare یا Part B باشد، در آن نامه به شما می‌گوییم که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل (IRO) برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare Part D یا Medicaid باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 به بخش F4 مراجعه کنید. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا کالای تحت پوشش Medicare و Medicaid باشد، نامه اطلاع رسانی در مورد هر دو نوع تجدیدنظر سطح 2 به شما می‌دهد.

اگر از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید از سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر گذر کنید.

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،



### 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 Medicare Medi-Cal Ombuds به شماره 1-855-501-3077.
- برنامه حمایت و مشاوره و بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222.
- مرکز راهنمایی در بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) برای کمک رایگان. DMHC برای نظارت بر طرح‌های درمانی مسئول است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می‌توانند از خط TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنان می‌توانید به وبسایت DMHC در این آدرس مراجعه کنید [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)
- با پزشک خود یا سایر ارائه‌کنندگان پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان می‌توانند برای تصمیم یا تجدیدنظر پوشش از سوی شما درخواست کنند.
- یکی از دوستان یا اعضای خانواده. می‌توانید فرد دیگری را نام ببرید تا به عنوان «نماینده» از طرف شما درخواست تصمیم‌گیری 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.
  - می‌توانید 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 برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) یا در وبسایت ما به آدرس <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html> فرم را دریافت کنید. باید یک کپی از فرم امضا شده را به ما بدهید.

### E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار شرایط مختلف وجود دارد که در رابطه با تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر است. هر موقعیت مقررات و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما جزئیات هر یک را در بخش جداگانه‌ای از این فصل بیان می‌کنیم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F این فصل، "Medical care"**
  - **بخش G این فصل، «داروهای تجویزی Medicare Part D»**
  - **بخش H این فصل، «از ما می‌خواهید بستری طولانی‌تری را در بیمارستان پوشش دهیم»**
  - **بخش I این فصل، «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 سهم خودمان از 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 **78** از دفترچه 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 **Part B** از Medicare می‌شود که داروهایی هستند که توسط پزشک یا متخصص مراقبت‌های بهداشتی شما تجویز می‌شوند. ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی نسخه‌ای **Medicare Part B** اعمال شود. وقتی که اینطور است، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای نسخه ای **Medicare Part 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.  
کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش، تصمیم بگیریم. به **بخش F2**، صفحه 200 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 تأیید کنیم.  
کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. به **بخش F3**، صفحه 202 مراجعه کنید.
3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده اید که فکر می‌کنید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.  
کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما برای عدم پرداخت، درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5**، صفحه 211 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.

**کاری که می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. به **بخش F5**، صفحه 211 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.

**کاری که می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید در مورد تصمیم ما برای کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی درخواست تجدید نظر کنید. به **بخش F4**، صفحه 205 مراجعه کنید.

- اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مرکز مراقبت پرستاری ماهر، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش H**، صفحه 222 یا **بخش I**، صفحه 228 مراجعه کنید.

- برای سایر مواردی که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص است، از این بخش (**بخش F**، صفحه 200) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.

6. شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشکی پیدا کنید.

**کاری که می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید یک شکایت ثبت کنید. به **بخش K2**، صفحه 237 مراجعه 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:

- 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.

- کتبی: 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:

- خدمت یا مورد پزشکی ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما. برای طرح های Knox-Keene ظرف 5 روز کاری و کمتر از 14 روز تقویمی پس از درخواستتان.
- داروی نسخه‌ای Medicare Part B ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

### تصمیم پوشش سریع

اصطلاح حقوقی «تصمیم‌گیری 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:

- خدمت یا کالای پزشکی ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما، یا اگر وضعیت پزشکی شما نیاز به پاسخ سریع‌تری دارد، زودتر.
- داروی نسخه‌ای Part B Medicare ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

برای تصمیم پوشش دهی سریع، باید دو شرط را داشته باشید:

- شما برای لوازم و/یا خدمات پزشکی که دریافت نکرده اید، درخواست پوشش می‌کنید. شما نمی‌توانید در مورد پرداخت هزینه لوازم و/یا خدمات پزشکی که قبلاً دریافت کرده اید، درخواست تصمیم سریع پوشش دهید.
- استفاده از مهلت‌های معمول می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند یا به توانایی و عملکرد بدنی 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 تصمیم‌گیری سریع برای پوشش دهی را دارید، ما تصمیم‌گیری می‌کنیم که آیا تصمیم پوشش سریع دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری 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 تصمیم‌گیری پوشش معمول به جای تصمیم‌گیری سریع پوشش داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K، صفحه 235 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 سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، به سطح 1 فرآیند تجدیدنظر بروید (به بخش F3، صفحه 203 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 درخواستان پس گرفته شود.

اگر درخواستی را برای تصمیم پوشش رد کنیم، اختاریه 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 بگیرید. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما 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 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 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. می‌توانید با مراجعه به [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) یا در 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 بازنگاری مستقل (IRO) 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.
- اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به طور خودکار به شما یک تصمیم تجدیدنظر سریع می‌دهیم. اگر بدون پشتیبانی پزشکتان درخواست تصمیم‌گیری سریع برای پوشش دهی را دارید، ما تصمیم‌گیری می‌کنیم که آیا تصمیم تجدیدنظر سریع دریافت می‌کنید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع تجدیدنظر 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 تجدیدنظر سریع می‌دهیم.
  - چطور می‌توانید یک «شکایت سریع» در خصوص تصمیم ما برای انجام تصمیم‌گیری عادی تجدیدنظر به جای تصمیم‌گیری سریع تجدیدنظر داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K، صفحه 235 مراجعه کنید.
- 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، اطلاعیه‌ای 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 سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- 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 اقلام شما تا زمانی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه خواهد 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 همه قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع‌آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشکتان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

#### مهلت‌هایی برای تجدید نظر سریع وجود دارد.

- اگر از مهلت‌های فوری استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد زودتر به شما بدهیم. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، در بخش F4 صفحه 205 درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicaid است، می‌توانید به محض تمام شدن زمان، یک جلسه دادرسی ایالتی سطح 2 در ایالت ثبت کنید. در California دادرسی ایالتی را دادرسی ایالتی می‌گویند. برای ثبت یک دادرسی ایالتی، به فصل 12، صفحه 254 مراجعه کنید.
- 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 یا اگر سلامت شما نیاز دارد، زودتر.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بررسی مستقل (IRO) 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 Part 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 IRO آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، در بخش F4 صفحه 205 درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicaid است، می‌توانید به محض تمام شدن زمان، یک جلسه دادرسی ایالتی سطح 2 در ایالت ثبت کنید. در California دادرسی ایالتی را دادرسی ایالتی می‌گویند. برای ثبت یک دادرسی ایالتی، به فصل 12، صفحه 254 مراجعه کنید.

اگر با بخشی یا تمام درخواست شما موافقت کنیم، باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 30 روز تقویمی از تاریخی که درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کرده‌ایم یا با سرعتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند و ظرف 72 ساعت پس از تاریخی که تصمیم خود را تغییر می‌دهیم، یا ظرف 7 روز تقویمی از تاریخی که درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کردیم اگر درخواست شما برای داروی نسخه‌ای Medicare Part B باشد، ارائه کنیم.

اگر با به بخشی یا تمام درخواست شما مخالف باشیم، شما 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 (IRO) 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 در مورد همه یا بخشی از درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولاً Medicare یا Medi-Cal یا هر دو طرح، خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند یا خیر.

- 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 219 اطلاعات بیشتری را درج می‌کنیم.
- 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 (IRO) دریافت می‌کنید. علاوه بر درخواست تجدیدنظر خودکار سطح 2، همچنین می‌توانید یک جلسه دادرسی ایالتی و یک بررسی پزشکی مستقل از ایالت درخواست کنید. با این حال، اگر قبلاً مدارکی را در یک جلسه دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید، یک بررسی پزشکی مستقل ارائه نمی‌شود.

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 F3، صفحه 202 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،



- اگر مشکلات در باره خدمات یا اقلامی است که معمولاً فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول مراحل درخواست تجدیدنظر مرحله 2 با واحد بررسی مستقل (IRO)، 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

IRO درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده است.

نام رسمی «سازمان بازنگری مستقل» (IRO)، «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 (IRO) 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 حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به IRO بدهید.
- بررسی‌کنندگان در IRO به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد.

### اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، 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 (IRO) 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 (IRO) باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروی نسخه‌ای Medicare Part B باشد، سازمان بازبینی مستقل (IRO) باید ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.

سازمان بررسی مستقل (IRO) پاسخشان را به صورت مکتوب به شما می‌دهد و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر سازمان بازنگری مستقل (IRO) به بخشی یا تمام درخواست اقلام یا خدمات پزشکی بله بگوید، باید به سرعت تصمیم را اجرایی کنیم:

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- پوشش مراقبت‌های پزشکی را **ظرف 72 ساعت** تایید کنیم یا
- خدمات را **ظرف 5 روز کاری** 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 بازنگری مستقل (IRO) به بخشی یا تمام درخواست داروی نسخه‌ای **Medicare Part B** بله بگوید، ما باید داروی نسخه‌ای **Medicare Part B** مورد اختلاف را مجاز یا ارائه کنیم:
  - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری مستقل (IRO) به درخواست‌های استاندارد یا
  - **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم سازمان بازنگری مستقل (IRO) را به درخواست‌های سریع دریافت می‌کنیم.
- اگر سازمان بازنگری مستقل (IRO) 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 تایید کنیم. 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 (ALJ) 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 232 مراجعه کنید.

### هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که **Medi-Cal** معمولاً پوشش می‌دهد

دو راه برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای خدمات و اقلام **Medi-Cal** وجود دارد: (1) ثبت شکایت یا بررسی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

### (1) بررسی مستقل پزشکی

می‌توانید از مرکز پشتیبانی **California Department of Managed Health Care (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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با **Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

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.
- اختلافات در مورد اینکه آیا یک خدمت یا روش جراحی ماهیت زیبایی دارد یا بازسازی.
- هزینه خدمات Medi-Cal اورژانسی یا فوری که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نمی‌کند.
- ظرف 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت یا زودتر در صورت ایجاب سلامت شما، برای تجدیدنظر فوری، به تجدیدنظر سطح 1 در مورد خدمات Medi-Cal رسیدگی نکرده است.

**توجه:** اگر ارائه‌دهنده شما برای شما درخواست تجدیدنظر داده است، اما ما فرم انتصاب نماینده شما را دریافت نکرده‌ایم، باید قبل از اینکه بتوانید برای IMR سطح 2 در اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده درخواست تجدیدنظر کنید، باید درخواست تجدیدنظر خود را دوباره نزد ما تکمیل کنید، مگر اینکه درخواست تجدیدنظر شما مربوط به یک تهدید قریب الوقوع و جدی برای سلامتی شما باشد، از جمله درد شدید، مرگ احتمالی، از دست دادن اندام یا عملکرد اصلی بدنتان.

شما می‌توانید هم برای IMR و هم برای دادرسی ایالتی اقدام کنید، ولی اگر قبلاً مدارکی را در یک دادرسی ایالتی ارائه کردید و یک دادرسی ایالتی با همین موضوع داشته‌اید دیگر از حق IMR برخوردار نخواهید بود.

در بیشتر موارد، قبل از درخواست IMR باید از ما درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 ما به صفحه 213 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید شکایتی نزد DMHC تنظیم کنید یا از مرکز پشتیبانی DMHC درخواست یک بررسی مستقل پزشکی (IMR) 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 (IMR):

- فرم شکایت/درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) که در:

[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.a](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.a)

spX موجود است را پر کنید یا با مرکز پشتیبانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید.

کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.



- رونوشت نامه‌ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا ارقام 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 درباره IMR کسی به شما کمک می‌کند، فرم کمک مجاز را پر کنید. آن را می‌توانید از وبسایت [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.a](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.a) یا با تماس با مرکز پشتیبانی اداره به شماره 1-888-466-2219 دریافت کنید. 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

اداره خدمات درمانی هماهنگ  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
فکس: 916-255-5241

- همچنین می‌توانید فرم درخواست بررسی مستقل پزشکی/شکایت و فرم کمک مجاز را به صورت آنلاین تحویل دهید:  
[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)

اگر واجد شرایط IMR هستید، DMHC پرونده شما را بررسی می‌کند و نامه‌ای را ظرف 7 روز تقویمی برای شما ارسال می‌کند و به شما می‌گوید که واجد شرایط IMR هستید. پس از دریافت درخواست و مدارک تایید کننده از طرح شما، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی گرفته خواهد شد. از زمان ارسال فرم تکمیل‌شده درخواست به مدت 45 روز حکم IMR را دریافت خواهید کرد.

اگر پرونده شما فوری است و برای IMR واجد شرایط هستید، DMHC پرونده شما را بررسی می‌کند و نامه‌ای را ظرف 2 روز تقویمی برای شما ارسال می‌کند و به شما می‌گوید که واجد شرایط IMR هستید. پس از دریافت درخواست و مدارک تایید کننده از طرح شما، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی 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 طولانی‌تر 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

شما می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی کنید. 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 داده‌ایم، شما حق این را دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

در بیشتر موارد، بعد از اینکه اطلاعیه «نامه تصمیم تجدیدنظر» برایتان ارسال شد، **120 روز فرصت دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.**

**توضیح:** 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 217 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 کانتی که علیه آن اقدام نمودید، برنامه‌های (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 کانتی 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 1-800-743-8525 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم بگیرید تلفنی درخواست دادرسی ایالتی کنید، باید توجه داشته باشید که خطوط تلفنی بسیار مشغول هستند.

بخش دادرسی ایالتی تصمیم خود را به صورت کتبی به شما می‌دهد و دلایل را توضیح می‌دهد.

• اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا تمام درخواست 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 بخش دادرسی ایالتی 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 سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،



اگر تصمیم IRO یا بخش دادرسی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما خیر باشد، شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید.

اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما به IRO 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 (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق دیگری که ممکن است برای درخواست تجدیدنظر داشته باشید را توضیح خواهد داد.

نامه ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2 به بخش J، صفحه 232 مراجعه کنید.

## F5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به ارائه‌دهندگان شبکه خود اجازه نمی‌دهیم برای خدمات و موارد تحت پوشش به شما صورت حساب بدهند. حتی اگر ما کمتر از هزینه‌های ارائه‌دهنده برای یک خدمت یا مورد تحت پوشش به ارائه‌دهنده پرداخت کنیم، این امر 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 از طرح پس بگیرد.

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 تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی خدمات را دارید. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که شما هزینه آنها را پرداخت کرده‌اید، تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی می‌کنیم که آیا شما از تمام قوانین مربوط به استفاده از خدمات تحت پوشش پیروی کرده‌اید.

- اگر خدمات یا مواردی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بوده است و شما از تمام قوانین پیروی کرده‌اید، 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. هنگامی که 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 سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. فرایند درخواست تجدیدنظر مندرج در بخش F3، صفحه 202 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 کرده‌اید و هزینه آنها را خودتان پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر 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 IRO ارسال می‌کنیم. در صورت بروز چنین حالتی، از طریق نامه به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر IRO تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید مبلغ پرداختی را برای شما یا خدمات‌دهنده ظرف 30 روز تقویمی ارسال کنیم. اگر پاسخ به درخواست شما در هر مرحله از بررسی پس از مرحله 2 مثبت باشد، باید هزینه را ظرف 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه دهنده تان ارسال کنیم.
- اگر نظر IRO درباره درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، به این معنی است که موافقت ما نباید در درخواست شما را تأیید کنیم. به این «تأیید تصمیم» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود. نامه ای دریافت خواهید کرد که حقوق تجدیدنظر دیگری را که ممکن است داشته باشید توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح اضافی تجدیدنظر به بخش J 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. برای اطلاعات بیشتر به بخش F4، صفحه 205 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 Medicare Part D» می‌باشند. چند دارو وجود دارد که Medicare Part D پوشش نمی‌دهد ولی Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. این بخش فقط به درخواست‌های تجدیدنظر داروهای Medicare Part D مربوط می‌شود. ما در ادامه این بخش به جای گفتن «داروی Medicare Part D»، فقط «دارو» می‌گوییم.

برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک مورد مصرف پذیرفته شده پزشکی استفاده شود. این بدان معناست که این دارو توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تأیید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد علائم مورد قبول پزشکی به فصل 5، بخش B3، صفحه 139 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## G1. تصمیمات پوشش و تجدیدنظر Medicare Part D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات پوششی است که از ما می‌خواهید در مورد داروهای Medicare Part D شما اتخاذ کنیم:

- شما از ما می‌خواهید که استثنای قائل شویم، از جمله اینکه از ما بخواهید:
  - یک داروی Medicare Part D که در لیست داروی ما نیست را پوشش دهیم.
  - یک محدودیت در پوششمان را در مورد یک دارو کنار بگذاریم (مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- شما از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود یا خیر (مثل زمانی که داروی شما در لیست داروی 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، بیچد، 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 Medicare شما «تعیین پوشش» نامیده می‌شود.

- 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 تصمیم‌گیری پوشش دهی و درخواست تجدیدنظر داشته باشید. از نمودار زیر برای کمک استفاده کنید.

#### شما در کدامیک از این موقعیت‌ها هستید؟

<p>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؟</p>	<p>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؟</p>	<p>آیا می‌خواهید ما هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده اید، به شما برگردانیم؟</p>	<p>ما به شما گفتیم که دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه‌ای برای آن پرداخت نمی‌کنیم.</p>
<p>می‌توانید از ما بخواهید که استثناً قائل شویم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)</p>	<p>می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش از ما درخواست کنید.</p>	<p>می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)</p>	<p>می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (این بدان معنی است که درخواست بازنگری از ما دارید.)</p>
<p>با بخش G2، صفحه 213 شروع کنید، سپس به بخش G3، صفحه 214 و G4، صفحه 215 مراجعه کنید.</p>	<p>به بخش G4، صفحه 215 مراجعه کنید.</p>	<p>به بخش G4، صفحه 215 مراجعه کنید.</p>	<p>به بخش G5، صفحه 217 مراجعه کنید.</p>

#### G2. استثنای Medicare Part D

اگر دارو را آنطور که می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم، می‌توانید از ما بخواهید که یک «استثنا» قائل شویم. اگر درخواست شما را برای استثنا رد کنیم، می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

هنگامی که درخواست مورد استثناء می‌کنید، پزشک شما یا دیگر تجویز کنندگان لازم است که دلایل پزشکی مبنی بر نیاز شما به این مورد استثناء را توضیح دهند.

درخواست برای پوشش دارویی که در لیست داروی ما نیست یا برای حذف یک محدودیت بر یک دارو، گاهی اوقات درخواست «استثنای فهرست دارو» نامیده می‌شود.

در اینجا چند نمونه از موارد استثناء عنوان شده است که شما یا پزشکتان یا یک تجویز کننده دیگر می‌توانید از ما درخواست کنید:

### 1. پوشش دارویی که در لیست داروی 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 لیست داروی ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به فصل 5، بخش C، صفحه 140 از دفترچه 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 برند آن دارو.
  - دریافت تأییدیه قبلی پیش از موافقت ما با پوشش دهی داروی شما. به این مورد «تأییدیه قبلی» (PA) 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 استثناء 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 استثناء درخواست شده است. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثناء می‌کنید، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود ضمیمه کنید.

لیست داروی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. این 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 استثناء را نمی‌پذیریم.

ما یا به درخواست شما برای اعمال استثناء پاسخ مثبت می‌دهیم یا منفی.

- اگر پاسخمان به درخواست اعمال استثنای شما مثبت باشد، این مورد استثناء معمولاً تا پایان همان سال بر قوت خود باقی است. تا وقتی پزشکتان به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای درمان عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند، این شرایط برقرار است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،

- 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 217 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

- با تماس با شماره 1-800-430-9007 (TTY: 711)، فرستادن نامه یا با فاکس، نوع تصمیم در مورد پوشش را که می‌خواهید، از ما درخواست کنید. شما، نماینده یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. لطفاً 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 تصمیم‌گیری پوشش دهی را داشته باشد. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.
  - برای اطلاع از نحوه معرفی شخصی به عنوان نماینده خود به بخش E3، صفحه 198 مراجعه کنید.
  - شما نیازی به اجازه کتبی 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 دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
  - اگر درخواست استثنا دارید، یک «بیانیه پشتیبان» به ما بدهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا سایر تجویز کنندگان برای درخواست استثنا است.
  - پزشک شما یا تجویز کننده 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.
- **تصمیم‌گیری 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.
  - **تصمیم‌گیری 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 تصمیم‌گیری پوشش دهی سریع داشته باشید.

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،

- 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 تصمیم‌گیری 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 تصمیم‌گیری 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.
- می‌توانید 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 234 مراجعه کنید.

#### موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری 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 سریع‌تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل (IRO) به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 به فصل G6، صفحه 220 مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پله 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 تصمیم‌گیری 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 سریع‌تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل (IRO) به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پله 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 تصمیم‌گیری 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 (IRO) 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 Medicare Part D، طرح «تعیین مجدد» نامیده می‌شود.

- **تجدیدنظر استاندارد یا سریع** را با تماس با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711)، نامه یا فاکس به ما آغاز کنید. شما، نماینده یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. لطفاً نام خود، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر 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 تصمیم‌گیری ما در رابطه با دارویی هستید که هنوز آن را دریافت نکرده اید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر لازم است تصمیم‌گیری کنید که آیا به «تجدیدنظر سریع» نیاز است یا خیر.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- الزامات تجدید نظر سریع مانند موارد مورد نیاز یک تصمیم پوشش سریع است. برای اطلاعات بیشتر به بخش **G4**، صفحه 215 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. در این صورت، یک **IRO** آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش **G6**، صفحه 219 مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **پله** 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. در این صورت، یک **IRO** آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش **G6**، صفحه 219 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما **پله** 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.

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،





- 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. در این صورت، یک **IRO** آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بازنگری و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6**، صفحه 219 مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **پله** 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 بازنگری مستقل (IRO)** تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی «سازمان بازنگری مستقل» (IRO)، «**نهاده بازنگری مستقل**» است که گاهی اوقات «**IRE**» نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا تجویز کننده دیگری باید **کتاباً** 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 بازنگری مستقل (IRO) می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «فایل پرونده» شما نامیده می‌شود. **شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.**
- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به IRO بدهید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظر سطح 2 Medicare Part D شما را بررسی می‌کند و به صورت مکتوب به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد IRO به بخش F4، صفحه 205 مراجعه کنید.

### موعدهای مقرر برای بررسی سریع در مرحله 2

اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، از سازمان بررسی مستقل «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

- 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 بلبه بگویند، ما باید ظرف 24 ساعت پس از تصمیم سازمان بازنگری مستقل، پوشش دارویی تأیید شده را ارائه کنیم.

### موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، سازمان بازنگری مستقل (IRO) 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 بلبه بگوید:

- ما باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری مستقل (IRO)، پوشش دارویی تأیید شده را ارائه کنیم.
- ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم سازمان بازنگری مستقل (IRO)، هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم.
- اگر پاسخ IRO به درخواست تجدیدنظر شما خیر باشد، یعنی آن‌ها با ما موافق هستند که درخواست شما را تأیید نکنیم. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته شده» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود.

اگر سازمان بازنگری مستقل (IRO) 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 بازنگری مستقل (IRO) 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 (IRO) 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،

○ برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه ای که سازمان بازرنگری مستقل (IRO) پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، 5 و تجدید نظر به بخش J، صفحه 232 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 جراحی شما لازم است را دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به فصل 4، بخش D، صفحه 78 دفترچه 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 طولانی‌تری در بیمارستان کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می‌گوید.

غیر از درخواست‌های تجدیدنظر مورد بحث در این فصل H، همچنین می‌توانید شکایاتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه بستری در بیمارستان کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 205 مراجعه کنید. علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، می‌توانید درخواست بررسی مستقل پزشکی نیز ارائه دهید.

### 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 کارمند پرونده، یک اطلاعیه کتبی به نام «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می‌شوند، یک کپی از این اطلاعیه دریافت می‌کنند.

اگر اخطار را دریافت نکردید، آن را از هر کارمند بیمارستان بخواهید. اگر به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا با شماره های پایینی صفحه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با 1-800-MEDICARE 1 (800-633-4227)، به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (711 :TTY) 1-800-431-9007

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،

- 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 شده‌اید، درخواست تجدیدنظر بدهید.
- **اعلامیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و حقوقتان را می‌دانید.**
  - شما یا شخصی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌تواند اعلان را امضا کند.
  - امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. 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 می‌کنید، 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 (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
  - به [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://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. سازمان بهبود کیفیت (QIO) مسئول بررسی درخواست در سطح 1 است تا بفهمد که آیا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده از بیمارستان برای شما از نظر پزشکی مناسب است یا خیر.
- سازمان بهبود کیفیت (QIO) 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 بهبود کیفیت Livanta است با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) با آنها تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اعلامیه «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» و در فصل 2، بخش F، صفحه 34 آمده است.
- قبل از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین‌شده برای شما، با سازمان بهبود کیفیت (QIO) تماس بگیرید.
- **اگر قبل از خروج تماس بگیرید، می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید و منتظر تصمیم سازمان بهبود کیفیت (QIO) در مورد درخواست تجدیدنظر خود باشید.**

- اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس بگیرید 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 (QIO) 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 تجدیدنظر به ما به بخش G4، صفحه 216 مراجعه 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 (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 206 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 درخواست کنید. 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 بیانییه 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 بررسی‌کنندگان نتیجه تجدیدنظر شما را به طرح ما می‌گویند، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین شده را به شما می‌دهد. این نامه همچنین دلایلی را ارائه می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم که آن تاریخ ترخیص درست است و از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی، «اطلاعیه کامل 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 با این شماره تماس بگیرند 1-877-486-2048). همچنین می‌توانید به نمونه‌ای از این اطلاعیه در اینجا دست پیدا کنید - [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

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 **پله** بگوید:

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

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید:

- 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 تصمیم‌شان 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 شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) با آنها تماس بگیرید.

درخواست برای این بررسی 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 بررسی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.

کارشناسان سازمان بهبود کیفیت (QIO):

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما خواهند انداخت.
- تصمیمشان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای بررسی دوم به شما خواهند گفت.

اگر سازمان بهبود کیفیت (QIO) به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:

- ما باید سهم خودمان از خدمات بیمارستانی را که از ظهر روز بعد از روزی که سازمان بهبود کیفیت (QIO) 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 بهبود کیفیت (QIO) به درخواست تجدیدنظر شما نه بگوید:

- آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
  - آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند 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. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 198 مراجعه کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، 5 و تجدید نظر به بخش J، صفحه 232 مراجعه کنید.

#### H4. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین

مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO) 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 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 سریع 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 پله بگوییم:

- ما موافقم 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 خواهیم کرد.
- اگر همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است مجبور شوید تمام هزینه مراقبت‌های 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 ثانوی 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 می‌دهیم. 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 234 مراجعه کنید.

IRO «بررسی سریع» درخواست تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.
- تازمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما خیر 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 (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به بخش J، صفحه 232 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



همچنین می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 205 مراجعه کنید. علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، می‌توانید درخواست بررسی مستقل پزشکی نیز ارائه دهید.

## 1. 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 و
- مراقبت توانبخشی به عنوان یک بیمار سرپایی در CORF مورد تایید Medicare. 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 هر کدام 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 هر کدام 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، می‌توانید درخواست تجدیدنظر تصمیم ما را بدهید. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

### 1.1. 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. به این «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» می‌گویند. 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.

### 1.2. 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. مهلت‌های مربوط به کارهایی که باید انجام دهید را درک کرده و رعایت کنید. طرح ما نیز باید مهلت‌ها را رعایت 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 234 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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،



- 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.
  - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- با QIO تماس بگیرید.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها به بخش H2، صفحه 222 مراجعه کنید یا به فصل 2 دفترچه راهنمای اعضای خود 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 14، صفحه 230 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 (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به بخش F4 در صفحه 205 مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای توضیح کتبی «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 1-800-434-0222 تماس بگیرند. یا رونوشتی را آنلاین از این آدرس دریافت کنید  
[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices)

#### در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولین بررسی سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سوال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی برای خدمات باید ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانییه ندارید، اما می‌توانید بنویسید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- 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 «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 بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **بله** بگوید:
  - ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بیمارستان را پوشش می‌دهیم.
  - اگر سازمان بهبود کیفیت 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.

### 13. 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 شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) با آنها تماس بگیرید. درخواست برای این بررسی 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.  
کارشناسان سازمان بهبود کیفیت:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما خواهند انداخت.
- تصمیمشان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای بررسی دوم به شما خواهند گفت.

اگر سازمان بهبود کیفیت 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 بهبود کیفیت 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. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به **بخش F4** در صفحه 206 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 (ALJ) یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش J**، صفحه 232 مراجعه کنید.

#### 14. نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1 جایگزین

همانطور که در **بخش 12**، صفحه 227 توضیح داده شد، باید سریعاً 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»، «تجدیدنظر سریع» یا «تجدیدنظر تسریع شده» است.

- 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 موافقیم که 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 خواهیم کرد.
  - اگر پس از تاریخی که به شما گفتیم پوشش ما به پایان می‌رسد، به دریافت آنها ادامه دهید، هزینه کامل این خدمات را خودتان می‌پردازید.
  - ما درخواست شما را به سازمان بازرگاری مستقل (IRO) 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.

## 15. نحوه درخواست تجدیدنظر ثانوی مرحله 2

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 بازرگاری مستقل (IRO) ارسال می‌کنیم. ما این کار را به صورت خودکار انجام می‌دهیم. 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 234 مراجعه کنید.
- IRO «بررسی سریع» درخواست تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً در عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پله بگوید:

- ما باید سهم خود از هزینه خدمات را از تاریخی که به شما اعلام کرده‌ایم پوشش دهی تمام می‌شود، به شما پرداخت کنیم.
- تازمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش شما را ارائه خواهیم کرد.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما خیر 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. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به

---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**بخش F4** در صفحه 205 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 تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به **بخش J**، صفحه 232 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 (IRO) برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست سطح 3 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 **پله** بگوید، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که برای شما مطلوب است تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظر خواهی** 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 بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظر تان است **بپذیرید**، 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 (شورا) 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 پله 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 بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظران است **بپذیرید**، 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 **پله** 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 بخش دادرسی‌های ایالتی 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 Medicare 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 می‌کنید، توضیح می‌دهد 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 **پله** 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 بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظر تان است بپذیرید، 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

شورا 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 بخواهید این تصمیم را که نفی کننده تجدیدنظر تان است بپذیرید، 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 رویه شکایت رسیدگی می‌شوند ذکر می‌شود.



مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شما از کیفیت مراقبت ناراضی هستید، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید.</li> </ul>	<p><b>کیفیت خدمات مراقبت پزشکی شما</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<p><b>احترام به حریم خصوصی شما</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ارائه‌کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی‌ادبانه یا غیرمحرمانه رفتار کردند.</li> <li>• برخورد کارکنان ما با شما بد بود.</li> <li>• اگر فکر می‌کنید که به اجبار از طرح بیرون شده اید.</li> </ul>	<p><b>بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای منفی</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شما نمی‌توانید به طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده دسترسی پیدا کنید.</li> <li>• پزشک یا ارائه دهنده شما مترجم برای زبان غیرانگلیسی شما (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) ارائه نمی‌دهد.</li> <li>• ارائه دهنده شما سایر تسهیلات معقول مورد نیاز و درخواست را به شما ارائه نمی‌دهد.</li> </ul>	<p><b>دسترسی و کمک زبانی</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر برای تنظیم قرار ملاقات مشکل داشته اید یا مدت زمان زیادی در انتظار بوده اید.</li> <li>• پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات اعضا، یا سایر کارکنان برنامه، شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.</li> </ul>	<p><b>زمان‌های انتظار</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.</li> </ul>	<p><b>بهداشت و تمیزی</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• فکر می‌کنید که در ارائه اطلاعات یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید قصور کرده‌ایم.</li> <li>• اگر فکر می‌کنید که اطلاعات کتبی که برایتان ارسال کرده‌ایم به سختی قابل فهم بوده اند.</li> </ul>	<p><b>اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید</b></p>

مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر فکر می‌کنید که در تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی یا پاسخگویی به درخواست تجدیدنظر شما به مهلت‌های زمانی مقرر پایبند نبوده‌ایم.</li> <li>• 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.</li> <li>• معتقدید ما پرونده شما را به موقع به سازمان بازرگاری مستقل (IRO) نفرستادیم.</li> </ul>	<p><b>وقت شناس بودن مربوط به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر</b></p>

**انواع مختلفی از شکایات وجود دارد.** شما شکایاتی داخلی و یا شکایاتی خارجی تسلیم کنید. شکایت داخلی شکایاتی 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). 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 می‌توانید 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 می‌توانید هر زمان که بخواهید شکایت کنید مگر اینکه در مورد داروی Medicare Part D باشد. اگر شکایت مربوط به داروی Medicare 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.
- اگر یک پاسخ کتبی بخواهید، به صورت کتبی پاسخ خواهیم داد. اگر یک شکایت کتبی ثبت کنید، یا اگر شکایت شما به کیفیت مراقبت مربوط باشد، ما به صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.
- ما نامه‌ای ظرف 5 روز تقویمی از زمان دریافت شکایت شما مبنی بر اعلام وصول، ارسال خواهیم کرد.

ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز تقویمی از

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. شما در موارد خاص حق دارید 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 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.
- شکایات مربوط به Medicare Part D باید ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن ناراضایتی دارید ارائه شوند. همه انواع دیگر شکایات باید پس از وقوع سانحه یا اقدامی که موجب ناراضایتی شما شده است به ما یا ارائه‌کننده تسلیم شود.
- 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.

#### 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 تخمین زده 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 این آدرس موجود است: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). قبل از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت نزد Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی تلقی می کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می کند.

اگر باز خورد یا دلنگرانی های دیگری دارید یا اگر احساس می کنید که طرح درمانی به مشکل شما توجه نمی کند، لطفاً با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

### Medi-Cal

شما می توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را نزد California Department of Health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman ثبت کنید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. تماس دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 عصر.

می توانید نزد California Department of Managed Health Care (DMHC) شکایت کنید. برای کنترل طرح های درمانی مسئول است. شما می توانید برای دریافت کمک در مورد شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal، با مرکز پشتیبانی DMHC تماس بگیرید. برای موارد غیر فوری، اگر با تصمیم در سطح 1 درخواست تجدیدنظر خود مخالف هستید یا اگر طرح پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده باشد، می توانید به DMHC شکایت کنید. با این حال، 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 می کنید 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، می توانید بدون ثبت کردن یک درخواست تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مرکز پشتیبانی ذکر می شود:

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا هستند و مشکل شنوایی یا گفتاری دارند می توانند از شماره رایگان TTY 1-877-688-9891 استفاده کنند. این تماس رایگان است.
- از وبسایت سازمان خدمات درمانی هماهنگ ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) بازدید کنید.

### دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر فکر می کنید با عدالت با شما رفتار نشده است، می توانید در مورد حقوق شهروندی به اداره سلامت و دفتر خدمات انسانی (HHS) OCR شکایت کنید. برای مثال، شما می توانید در مورد دسترس پذیری معلولیت یا مساعدت زبانی شکایت کنید. شماره دفتر حقوق مدنی (OCR) 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر می توانید از [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) نیز بازدید کنید.

دفتر محلی OCR را همچنین می توانید در اینجا پیدا کنید:



Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
تلفن: 1-800-368-1019  
1-800-537-7697 TTY  
فکس: 1-202-619-3818

همچنین ممکن است طبق قانون معلولین آمریکا (ADA) و قانون حقوق مدنی آنرو (Unruh) نیز از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید برای دریافت راهنمایی با Ombuds Program تماس بگیرید. شماره تلفن 1-888-452-8609 (TTY: 711) از دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر PST به جز روزهای تعطیل در دسترس است.

## QIO

هنگامی که شکایتان 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 شکایت را به این سازمان تسلیم کنید، ما با آن‌ها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.

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 QIO، به بخش H2، صفحه 222 یا به فصل 2 دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

در California، سازمان QIO به اسم Livanta نامیده می‌شود. شماره تلفن Livanta شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) می‌باشد.



## فصل 10: پایان دادن به عضویت در طرح

### 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. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفتريچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

- A. چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید..... 239
- B. چطور به عضویتتان در طرح ما پایان دهید..... 240
- C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه..... 240
- C1. خدمات Medicare شما..... 241
- C2. خدمات Medi-Cal شما..... 243
- D. لوازم، خدمات پزشکی و داروهای شما تا پایان عضویتتان در طرح ما..... 243
- E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد..... 244
- F. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت..... 245
- G. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید..... 245
- H. از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟..... 245



## 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، می‌توانید 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 (MA)** 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:

- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید،
- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا Extra Help تغییر کرد، یا
- اگر اخیراً به یک مرکز پرستاری 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 245.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش C2 صفحه 247.

اطلاعات بیشتر درباره چگونگی پایان دادن به عضویتتان را می‌توانید با تماس با خدمات اعضا به شماره موجود در پایین این صفحه دریافت کنید. شماره برای کاربران TTY نیز موجود است.

- به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا کاربران TTY با 1-877-486-2048 تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،



- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)، به شماره 1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر TTY: 711. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت [www.aging.ca.gov/HICAP](http://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](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov) تماس بگیرید.

توضیح: اگر در یک برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، نمی‌توانید برنامه را تغییر دهید. جهت اطلاع از طرح‌های مدیریت دارویی، به فصل 5، بخش G3، صفحه 148 از دفترچه راهنمای اعضای مراجعه کنید.

## B. چطور به عضویتان در طرح ما پایان دهید

اگر تصمیم بگیرید به عضویتان پایان دهید، می‌توانید در یک طرح دیگر Medicare نام‌نویسی کنید یا به طرح Original Medicare منتقل شوید. با این حال، اگر بخواهید از طرح ما به Original Medicare منتقل شوید ولی یک طرح جداگانه Medicare برای تجویز دارو را انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست کنید که نام‌نویسی‌تان در طرح ما لغو شود. دو روش برای درخواست لغو نام‌نویسی وجود دارد:

- می‌توانید یک درخواست کتبی به ما ارائه کنید. اگر درباره چگونگی انجام این کار به اطلاعات بیشتر نیاز دارید، با خدمات اعضاء به شماره موجود در زیر این صفحه تماس بگیرید.
- 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 257 این فصل 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 با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- بخش C در زیر شامل مراحل است که می‌توانید برای ثبت‌نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می‌دهد.

## C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



**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.

<p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>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 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای سوالات مربوط به برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE) با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>یا</p> <p>در یک طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</b></p> <p>یکی دیگر از برنامه‌های بهداشتی Medicare شامل طرحی است که پوشش Medicare و Medi-Cal را ترکیب می‌کند</p>
--	---

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



<p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>یا</b></p> <p>در طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت‌نام کنید.</p> <p>وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار خاتمه می‌یابد.</p>	<p><b>2. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</b></p> <p><b>Original Medicare با طرح جداگانه Medicare</b> برای داروی تجویزی</p>
---	--

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



<p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>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 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار خاتمه می‌یابد.</p>	<p><b>3. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</b></p> <p><b>Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی</b></p> <p><b>توضیح:</b> 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 نمی‌خواهید در این طرح ملحق شوید.</p> <p>تنها زمانی باید پوشش داروی تجویزی را قطع کنید که از یک منبع 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 California (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</p>
--	---

## C2. 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 8:00 صبح تا 6:00 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.

## D. لوازم، خدمات پزشکی و داروهای شما تا پایان عضویتتان در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، مدتی طول می‌کشد تا اینکه عضویتتان تمام شود و پوشش جدید Medicare و Medi-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.

- برای دریافت مراقبت پزشکی، از ارائه‌کنندگان شبکه ما استفاده کنید.
- از داروخانه های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی ما برای دریافت نسخه های خود استفاده کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

- اگر در روزی که عضویت شما در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به پایان می‌رسد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. این موضوع حتی وقتی پوشش بیمه جدید شما قبل از ترخیص شروع می‌شود نیز صادق خواهد بود.

## E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

موردی که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر وقفه‌ای در پوشش Medicare Part A Medicare و Medicare Part B شما وجود دارد.
- اگر دیگر برای Medi-Cal و اجد شرایط نباشید. برنامه ما برای افرادی است که برای عضویت در هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal و اجد شرایط هستند.
- ایالت California یا Medicare به عضویت شما در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) خاتمه خواهد داد و شما به Original Medicare باز خواهید گشت. اگر برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D، Extra Help دریافت می‌کنید، CMS شما را به طور خودکار در Medicare Prescription Drug Plan ثبت‌نام خواهد کرد. اگر بعداً دوباره اجد شرایط Medi-Cal شدید و خواستید دوباره در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ثبت‌نام 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 می‌خواهید مجدد به Dual Align Wellcare (HMO D-SNP) بپیوندید.
- اگر از منطقه خدماتی ما خارج شوید.
- اگر از منطقه خدماتی ما برای بیش از شش ماه 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 (CMS) 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

دوره صلاحیت ادامه دار طرح شش ماه است. دوره صلاحیت ادامه دار در اولین روز از ماه بعد از ماهی که در آن دیگر در وضعیت نیازهای ویژه نیستید شروع 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 به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسایی عضویت شما استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

## F. مقررات مخالفت با درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مربوط به سلامت

ما نمی توانیم از شما بخواهیم که طرح ما را به هر دلیلی مرتبط با سلامت خود ترک کنید. اگر احساس می کنید به دلیلی که مربوط به سلامت می شود 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 این شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. 24 ساعته/7 روز هفته .

## 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 می توانید 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 235 از دفتربه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## H. از کجا می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟

اگر سوالی دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری درباره پایان دادن به عضویتتان دریافت کنید، می توانید با خدمات اعضا با شماره پایین این صفحه تماس بگیرید.

## فصل 11: اطلاعیه قانونی

### مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی‌ای است که به عضویت شما در طرح ما مربوط می‌شود. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفتريچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

- A. اعلامیه در مورد قانون‌ها ..... 247
- B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض ..... 247
- C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده ..... 248
- D. اطلاعیه درباره بازیابی دارایی غیرمنقول از سوی Medi-Cal ..... 248
- E. بیمانکاران مستقل ..... 248
- F. تقلب در برنامه مراقبت درمانی ..... 249
- G. شرایطی که از کنترل Wellcare by Health Net خارج هستند ..... 249



## A. اعلامیه در مورد قانونها

قوانین بسیاری به این دفتربه راهنمای اعضا مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند. حتی اگر این قوانین در دفتربه راهنمای اعضا توضیح داده نشده باشد یا اضافه نشده باشد. قوانین اصلی که شامل می‌شوند، عبارتند از قوانین فدرال و ایالتی درباره برنامه‌های Medicare و Medi-Cal. سایر قوانین فدرال و ایالتی نیز ممکن است شامل شوند.

## B. اعلامیه در مورد تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، کشور زادگاه، رنگ پوست، دین، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت سلامت، تجربه مربوط به مطالبات، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، مدرک مربوط به قابلیت بیمه شدن، یا موقعیت جغرافیایی در داخل منطقه خدماتی، نسبت به شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا متفاوت رفتار نمی‌کنیم. به علاوه، ما به دلیل نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، افراد را به طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، طرد نمی‌کنیم یا با آنها رفتار متفاوتی نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا چنانچه در مورد تبعیض یا رفتار غیر عادلانه 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](http://www.hhs.gov/ocr) بازدید کنید.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند. 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. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. همچنین می‌توانید 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](http://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:

- از طریق تلفن: با شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی تکلم کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله ارتباطات از راه دور) تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



- 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 این آدرس در دسترس هستند  
[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- به این آدرس ایمیل بفرستید [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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 مانند مشکل دسترسی به صندلی چرخدار دارید، خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

## C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده

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. اطلاعیه درباره بازیابی دارایی غیرمنقول از سوی Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید بازپرداخت مزایای Medi-Cal را از برخی اعضای فوت شده که مزایا را در سالروز 55 سالگی تولدشان یا پس از آن دریافت کرده‌اند، از طریق اموال غیرمنقول که بر اساس وصیت‌نامه تایید شده‌اند وصول کند. بازپرداخت، شامل هزینه در قبال خدمات و حق بیمه‌های مراقبت مدیریت شده/پرداخت های سرانه برای خدمات مراکز مراقبت، خدمات خانگی و محلی، و خدمات بیمارستانی و نسخه‌های مربوطه که در زمان بستری شدن عضو در یک مرکز مراقبت دریافت کرده و یا خدمات خانگی یا محلی دریافت می‌کرد، است. مبلغ بازپرداخت نمی‌تواند بیشتر از ارزش دارایی غیرمنقول وصیت‌شده فرد عضو باشد.

برای اطلاعات بیشتر، به بخش بازیابی دارایی غیرمنقول در وبسایت اداره خدمات مراقبت سلامت به آدرس [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) بروید و یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

## E. پیمانکاران مستقل

رابطه بین Wellcare by Health Net و هر ارائه‌دهنده‌ی فعال، یک رابطه پیمانکاری مستقل در نظر گرفته می‌شود.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.



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 سهل‌انگاری، عمل نادرست یا کوتاهی هر یک از شرکت‌کنندگان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی مسئولیتی نخواهد داشت. پزشکان شرکت‌کننده در برنامه و نه Wellcare by Health Net، رابطه پزشک - بیمار را با عضو حفظ می‌کنند. Wellcare by Health Net ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی نیست.

## F. 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 قابل پیگرد قانونی 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 به عنوان مثال حاوی اظهارات نادرست یا گول‌زننده است، مرتکب جرم کلاهبرداری از بیمه شده است.

اگر درباره هر کدام از مبالغ درج شده در صورت‌حساب یا فرم توضیحات مزایا نگرانی خاصی دارید، یا اگر از یک فعالیت غیرقانونی اطلاع پیدا کرده‌اید یا نسبت به آن مشکوک شده‌اید، از طریق خط ویژه کلاهبرداری به شماره 800-977-3565 (TTY: 711) با طرح ما تماس بگیرید. خط تلفن کلاهبرداری 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته و 365 روز در سال فعالیت می‌کند. تمام تماس‌ها کاملاً محرمانه هستند.

## G. شرایطی که از کنترل Wellcare by Health Net خارج هستند

تا حدی که بلایای طبیعی، جنگ، شورش، قیام داخلی، همه‌گیری، تخریب کامل یا جزئی تأسیسات، انفجار اتمی یا انتشار انرژی هسته‌ای دیگر، ناتوانی پرسنل مهم گروه پزشکی، وضعیت اضطراری یا سایر رویدادهای مشابه که 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 دفترچه راهنمای اعضا شود، 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 با توجه به شرایط حاضر امکانات یا پرسنل خود انجام دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

## فصل 12: تعريف واژه های مهم

---

### مقدمه

این فصل شامل عبارات کلیدی و مفاهیم آنها است که در دفتريچه 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 تعريف ارائه‌شده نیاز دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.



**فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL):** کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می‌دهند؛ از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن یا مسواک زدن.

**قاضی حقوق اداری:** یک قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

**برنامه کمک‌های دارویی ایدز (ADAP):** برنامه‌ای که به افراد واجد شرایط مبتلا به HIV/ایدز کمک می‌کند به داروهای نجات‌بخش HIV دسترسی پیدا کنند.

**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.

**درخواست 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 197** از دقت‌رچه راهنمای اعضا تجدیدنظرها را توصیف می‌کند که شامل نحوه درخواست تجدیدنظر است.

**سلامت رفتاری:** عبارتی جامع که به اختلالات مربوط به مصرف مواد مخدر و سلامت روان اشاره می‌کند.

**محصول بیولوژیکی:** یک داروی نسخه‌ای که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری‌ها یا مخمر ساخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی نسبت به سایر داروها پیچیده‌تر هستند و امکان کمی برداری دقیق از آنها وجود ندارد، بنابراین به نمونه‌های جایگزین آنها «بیوسیمیلار» گفته می‌شود. بیوسیمیلارها به طور کلی عملکردی مشابه و ایمن مانند محصولات بیولوژیک اصلی دارند.

**بیوسیمیلار –** داروی تجویزی که بسیار شبیه به محصول بیولوژیک اصلی است اما دقیقاً یکسان نیست. بیوسیمیلارها به طور کلی عملکردی مشابه و ایمن مانند محصولات بیولوژیک اصلی دارند، اما برای تهیه بیوسیمیلارها در کل به نسخه‌ای جدید نیاز دارید که جایگزین نسخه محصولات بیولوژیک اصلی شود. بیوسیمیلارهای قابل جایگزینی دارای شرایط دیگری نیز هستند که باعث می‌شود بتوانند بدون نیاز به نسخه جدید و در صورتی که براساس قوانین ایالتی مجاز باشد، جایگزین محصول بیولوژیک اصلی باشند.

**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:** 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.

**طرح مراقبت:** به «طرح مراقبت فردی» مراجعه کنید.

**خدمات اختیاری طرح مراقبت (خدمات CPO):** خدمات جانبی که تحت طرح مراقبت فردی شما (ICP) اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست که جایگزین خدمات و حمایت‌های بلندمدتی شوند که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید.

**تیم مراقبت:** به «تیم مراقبت بین‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

**مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS):** سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2، بخش G، صفحه 35** از دقت‌رچه راهنمای اعضای شما نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**خدمات محلی بزرگسالان (CBAS):** برنامه خدماتی مرکز محور بیمار ان 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 اظهاریه کتبی یا شفاهی مبنی بر اینکه شما مشکل یا نگرانی‌ای درباره 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»، «اقامه دعوی» است.

**مرکز توانبخشی سرپایی جامع (CORF):** مرکزی که پس از بیماری، سانحه یا جراحی عمده، عمدتاً خدمات 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 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 197 از دقت‌رچه راهنمای اعضا درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری 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 توانایی فرهنگی:** آموزش‌هایی تکمیلی برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که کمک می‌کند هر چه بهتر پس‌زمینه، ارزش‌ها و عقاید شما را بشناسند و خدمات را منطبق بر نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما ارائه کنند.

**اداره خدمات مراقبت سلامت (DHCS):** اداره ایالتی در California که برنامه Medicaid (معروف به Medi-Cal) را اداره می‌کند.

**سازمان خدمات درمانی هماهنگ (DMHC):** اداره ایالتی در California که مسئول کنترل و نظارت بر طرح‌های سلامت 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:** 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.

**برنامه مدیریت دارو (DMP):** برنامه‌ای که کمک می‌کند اطمینان حاصل شود که اعضا از افیون‌های نسخه‌ای و سایر داروهای که معمولاً مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند، به صورت بی‌خطر استفاده می‌کنند.

**طرح نیازهای ویژه دارای صلاحیت دوگانه (D-SNP):** طرح سلامت که به افراد واجد شرایط برای Medicare و هم Medicaid خدمات می‌دهد. طرح ما یک D-SNP است.

**تجهیزات پزشکی بادوام (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، نیولایزرها 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. این علائم پزشکی ممکن است بیماری، جراحت، درد شدید، یا وضعیت خاصی باشد که به سرعت وخیم تر می‌شود.

**مراقبت اضطراری:** خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌دهنده آموزش‌دیده برای ارائه 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.

**خدمات مستثنی شده:** خدماتی که از سوی این طرح سلامت پوشش داده نمی‌شوند.

**Extra Help** 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. **Extra Help** همچنین «یارانه کچرآمدها» 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.

**شکایت‌نامه:** 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.

**برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP, Health Insurance Counseling and Advocacy Program):** برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان را درباره Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2، بخش E،** صفحه 33 از *دقت‌رچه راهنمای اعضا شما* نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

**طرح سلامت:** سازمانی که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌کنندگان تشکیل شده است. این طرح دارای هماهنگ‌کننده مراقبت است که به شما در مدیریت همه ارائه‌کننده‌ها و خدمات کمک می‌کند. همه آنها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز شما را ارائه دهند.

**ارزیابی خطر سلامت (HRA):** یک بررسی از سابقه پزشکی و وضعیت کنونی شما. برای آگاهی از سلامتی شما و اینکه چگونه ممکن است در آینده تغییر کند استفاده می‌شود.

**کمک درمان 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 تجویز شده). امدادگران مراقبت بهداشت در منزل، مجوز پرستاری ندارند و درمان ارائه نمی‌کنند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

**آسایشگاه:** برنامه‌ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که بیماری مهلك دارند تا به آن‌ها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. تشخیص بیماری لاعلاج به این معنی است که یک شخص از نظر پزشکی تعیین شده است که دارای بیماری غیرقابل درمان است، یعنی انتظار می‌رود 6 ماه یا کمتر زنده بماند.

- 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 ارائه‌دهندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

**صدور صورتحساب نادرست/نامناسب:** 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 کرده‌اید 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.

**خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS):** برنامه IHSS در پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک خواهد کرد، طوری که بتوانید در خانه خودتان در شرایط امن بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از خانه، مانند مراکز پرستاری یا مراکز اسکان و مراقبت است. انواع خدمات که ممکن است از سوی IHSS تأیید شوند، عبارتند از تمیزکاری منزل، کمک در تهیه غذا، لباسشویی، خرید سوپرمارکت، خدمات مراقبت شخصی (مانند کمک در رفتن به توالت، حمام کردن، آراستگی و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشکی، و نظارت مراقبتی برای افراد معلول ذهنی. سازمان‌های خدمات اجتماعی شهرستان، IHSS را اجرا می‌کنند.

**بررسی پزشکی مستقل (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 California Department of Managed Health Care درخواست IMR کنید. IMR عبارت است از بررسی پرونده شما از سوی پزشکی که عضو طرح ما نیستند. اگر تصمیم‌گیری IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را در اختیار شما قرار دهیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

**سازمان بازنگري مستقل (IRO):** یک سازمان مستقل استخدام شده از سوی Medicare که تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این سازمان به ما وابستگی ندارد و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم درست است یا خیر و یا باید تغییر کند یا خیر. Medicare بر فعالیت آن نظارت دارد. نام رسمی آن عبارت است از **نهاد بازنگري مستقل**.

**طرح مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت):** طرحی برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و چگونگی دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت شود.

**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 بین‌رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبت):** 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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،

**لیست داروهای تحت پوشش (لیست دارو):** فهرستی از داروهای نسخه‌ای و غیرنسخه‌ای (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای موجود در این لیست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. لیست دارو حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آن‌ها پیروی کنید. لیست دارویی گاهی «فهرست دارو» خوانده می‌شود.

**خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS):** خدمات و حمایت‌های بلندمدت که به بهبود یک عارضه پزشکی بلند مدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خودتان بمانید تا لازم نباشد که به مرکز پرستاری یا بیمارستان بروید. LTSS که از سوی طرح ما پوشش داده می‌شود، شامل خدمات محلی، مراکز پرستاری (NF)، و حمایت‌های محلی است. برنامه‌های چشم‌پوشی IHSS و 1915(c) عبارتند از Medi-Cal LTSS که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

**پارانه افراد کم درآمد (LIS):** به «Extra Help» 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 است. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی مدیریت 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 اضافی و برخی داروهای را که تحت پوشش Medicare نیستند پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت هستند اما اگر واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشید، اکثر هزینه‌های درمانی تحت پوشش هستند.

**طرح‌های 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.

**Medicaid (یا کمک درمانی):** برنامه اجرا شده از سوی دولت فدرال و ایالت که به افراد کم‌درآمد کمک می‌کند هزینه‌های خدمات و پشتیبانی‌های درازمدت و هزینه‌های درمان را پرداخت کنند. Medi-Cal، برنامه Medicaid برای ایالت California است.

**ضرورت پزشکی:** 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 می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری 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 جراحی، 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 می‌توانند پوشش درمانی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به «برنامه درمانی») مراجعه کنید.

**مزیت Medicare:** یک برنامه Medicare که به آن «Medicare Part 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.

**شورای تجدید نظر Medicare (شورا):** شورایی که یک درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. شورا بخشی از دولت فدرال است.

**خدمات تحت پوشش Medicare:** خدماتی که از سوی Medicare Part A و Medicare Part B پوشش داده می‌شوند. همه برنامه‌های Medicare درمانی شامل برنامه درمانی ما باید همه خدماتی را که تحت پوشش Medicare Part A و Medicare Part B هستند پوشش دهند.

**برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare:** یک برنامه ساختارمند تغییر رفتار سلامت که در زمینه تغییر درازمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت فیزیکی، و استراتژی‌های غلبه بر چالش‌های کاهش مستمر وزن و سبک زندگی سالم، آموزش می‌دهد.

**عضو Medicare-Medi-Cal:** شخصی که برای پوشش Medicare و Medicaid واجد شرایط است. شخص ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medicaid «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 یک طرح MA ارائه کنند.

**Medicare Part D:** برنامه مزایای داروی نسخه‌ای Medicare. (ما این برنامه را به طور مختصر «Part D» می‌نامیم). Medicare Part D داروهای تجویزی بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B یا Medicaid نیستند را پوشش می‌دهد. طرح ما Medicare Part D شامل می‌شود.

**داروهای Medicare Part D:** داروهای تحت پوشش Medicare Part D. کنگره، مشخصاً دسته‌های خاصی از داروها را از پوشش Medicare Part D مستثنی می‌کند. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.





**مدیریت درمان دارویی (MTM):** 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 **147** دقت‌رچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

**عضو (عضو طرح ما، یا عضو طرح):** 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.

**دقت‌رچه 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 عضو از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را توصیف می‌کند.

**خدمات اعضا:** بخشی در برنامه ما که مسئول پاسخگویی به سوالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات و تجدیدنظرخواهی‌ها می‌باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات اعضا به **فصل 2**، بخش **A**، صفحه **25** از دقت‌رچه 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.

**ارائه‌دهنده 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.

**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.

**بازرس کل:** دقت‌رچه در ایالت شماست که به عنوان وکیل از طرف شما فعالیت دارد. اگر مشکل یا شکایتی دارید، بازرس‌های ویژه می‌توانند به سوالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بدانید چه کاری باید انجام دهید. خدمات بازرسی رایگان است. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در **فصل 2**، بخش **1**، صفحه **37** و **فصل 9**، بخش **D**، صفحه **197** از دقت‌رچه راهنمای اعضای خود بیابید.

**تعیین 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 شده‌اند. **فصل 9**، بخش **D**، صفحه **197** از دقت‌رچه راهنمای اعضا تصمیم‌های پوشش را شرح می‌دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،



**Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare خدمات در قبال هزینه):** دولت، Original Medicare را ارائه می‌کند. 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 دارای دو بخش است: Medicare Part A (بیمه بیمارستانی) و Medicare Part B (بیمه درمانی).
- 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، بخش D4، صفحه 57** از دفترچه راهنمای اعضا ارائه دهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توصیف می‌کند.

**داروهای غیرنسخه‌ای (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:** به «داروهای Medicare Part D» مراجعه کنید.

**اطلاعات سلامت شخصی (اطلاعات سلامت محافظت شده نیز نامیده می‌شود) (PHI):** اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما، مانند نام، نشانی، شماره تأمین اجتماعی، مراجعه‌ها به پزشک و سابقه پزشکی‌تان. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI شما به اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.

**ارائه‌کننده مراقبت اولیه (PCP):** پزشک یا ارائه‌کننده دیگری که برای بیشتر مشکلات سلامت پیش از سایرین استفاده می‌کنند. آنها اطمینان حاصل می‌کنند که شما مراقبت لازم برای سالم ماندن را دریافت می‌کنید.

- آنها ممکن است با پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کنند یا شما را به آن‌ها ارجاع کنند.

- 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 ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به **فصل 3، بخش D، صفحه 51** از دقت‌رچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**مجوز اولیه (PA):** 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 مجوز قبلی نیاز دارد در جدول مزایای **فصل 4** از دقت‌رچه 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.

**برنامه‌ای برای مراقبت جامع برای سالمندان (PACE):** برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را باهم برای افراد 55 ساله و بالاتر که برای زندگی در خانه به مراقبت سطح بالاتر نیاز دارند پوشش می‌دهد.

**پروتزها و آرتزها:** دستگاه‌های پزشکی توصیه شده توسط پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که برخی از آن‌ها عبارتند از بربیس‌های 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 پانترال.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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،

**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 34 از دقت‌رچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**محدودیت 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.

**ابزار مزیت زمان واقعی:** پرتال یا برنامه کامپیوتری که در آن اعضا می‌توانند همه اطلاعات مربوط به داروها و مزایای تحت پوشش فرد ثبت‌نام شده را به صورت کامل، دقیق، به‌موقع و مناسب از نظر کیلینیک بیینند. این اطلاعات عبارتند از مبالغ تقسیم هزینه، داروهای جایگزین که برای همان عارضه پزشکی مورد نظر داروی تجویز شده قابل استفاده هستند، و محدودیت‌های پوشش (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقدار) که شامل داروهای جایگزین می‌شوند.

**ارجاع:** ارجاع، تأییدیه ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما یا تأییدیه ما برای استفاده از ارائه دهنده‌ای غیر از PCP تان است. اگر ابتدا 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. اطلاعات بیشتر درباره ارجاع‌ها را می‌توانید در **فصل 3**، بخش B، صفحه 49 و **فصل 4**، بخش D، صفحه 78 دقت‌رچه راهنمای اعضا بیینید.

**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 78 از دقت‌رچه راهنمای اعضا 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 تأیید کننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

**ناحیه خدمات:** 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 در طرح ما ثبت‌نام کنند.

**سهم هزینه:** بخشی از سهم هزینه‌های درمانی شما که خود باید هر ماه و پیش از اجرایی شدن مزایای آن را پرداخت کنید. میزان سهم هزینه شما بسته به درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

**مرکز مراقبت 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.

**مرکز مراقبت پرستاری تخصصی (SNF):** خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاری حرفه‌ای ارائه شده 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 ثبت شده 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 135 از دقت‌رچه راهنمای اعضای خود 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 مرحله‌ای:** 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 تأمین تکمیلی (SSI):** مزایای ماهانه که خدمات اجتماعی را به اشخاصی پرداخت می‌کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا 65 ساله یا بالاتر هستند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

**مراقبت مورد نیاز فوری:** مراقبتی که برای بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می‌کنید که اورژانسی نیست 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.

این صفحه از عمد خالی گذاشته شده است.

## اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض برخلاف قانون است. Wellcare By Health Net از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Wellcare By Health Net بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، قومیت، ملیت، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا تمایلات جنسی، افراد را برخلاف قانون مورد تبعیض قرار نمی‌دهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

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 مترجم زبان اشاره
- o اطلاعات کتبی به قالب‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، صوتی، قالب‌های الکترونیکی در دسترس، قالب‌های دیگر)

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

- o مترجمان واجد شرایط
- o اطلاعات به صورت کتبی به سایر زبان‌ها

اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق شماره **1-800-431-9007** با Wellcare By Health Net تماس بگیرید. ساعات تماس: از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب. از یک سیستم پیام‌رسانی بعد از ساعت کاری، روزهای آخر هفته و در تعطیلات فدرال استفاده می‌شود. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، **لطفاً با TTY به شماره 711 تماس بگیرید.** اگر درخواست کنید، این سند با خط بریل، به صورت چاپ‌شده با حروف بزرگ، در قالب فایل صوتی، یا قالب‌های الکترونیکی قابل دسترسی در اختیارتان قرار می‌گیرد. برای دریافت کپی در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با این آدرس مکاتبه کنید یا با شماره زیر تماس بگیرید:

**Wellcare By Health Net**

**21281 Burbank Blvd.**

**Woodland Hills, CA 91367**

**1-800-431-9007 (TTY: 711)**

## نحوه ثبت شکایت‌نامه

اگر فکر می‌کنید Wellcare By Health Net نتوانسته است این خدمات را ارائه کند، یا به روشی دیگر بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، قومیت، ملیت، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی فیزیکی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا تمایلات جنسی به طرز غیرقانونی تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایت‌نامه خود را به خدمات اعضا ارسال کنید. می‌توانید شکایت‌نامه خود را از طریق تلفن، به صورت کتبی، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:

. **از طریق تلفن:** از طریق تلفن با هماهنگی کننده حقوق مدنی Wellcare by Health Net به شماره **1-866-458-2208** تماس بگیرید. ساعات تماس: از 8 صبح تا 5 عصر، دوشنبه تا جمعه. یا اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا تکلم کنید، لطفاً با TTY به شماره 711 تماس بگیرید.

. به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:

**Wellcare Civil Rights Coordinator**

**P.O. Box 9103**

**Van Nuys, CA 91409-9103**

. **حضور:** به مطب پزشک یا دفتر Wellcare by Health Net مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت‌نامه پر کنید.

. **به صورت الکترونیکی:** به وبسایت Wellcare by Health Net در این آدرس مراجعه کنید:

**wellcare.com/healthnetCA**

**Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services**  
**(دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی California)**

همچنین می‌توانید شکایت‌نامه حقوق مدنی را به‌صورت تلفنی، کتبی، یا الکترونیکی به «دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی California» ارسال کنید:

. از طریق تلفن: با شماره **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا تکلم کنید، لطفاً با **TTY (سرویس رله مخابراتی)** به شماره **711** تماس بگیرید.

. به‌صورت 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 شکایت‌نامه در این آدرس موجود است: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

. به‌صورت الکترونیکی: به این آدرس ایمیل بفرستید: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services**

اگر فکر می‌کنید بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید یک شکایت‌نامه حقوق مدنی از طریق تلفن، به‌صورت کتبی، یا الکترونیکی به «دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده» ارسال کنید.

. از طریق تلفن: با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با این شماره تماس بگیرید:

**TTY/TDD 1-800-537-7697**

. به‌صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

. به صورت الکترونیکی: به پورتال ارائه شکایت به دفتر حقوق مدنی در این آدرس مراجعه کنید:

<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.

**Arabic** (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). 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.

**Armenian** (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**Cambodian** (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Chinese Mandarin** (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

**Chinese Cantonese** (廣東話): 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。

**Farsi** (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

**Hindi** (हिंदी): 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 नि:शुल्क हैं.

**Hmong** (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

**Japanese (日本語):** 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。

**Korean (한국어):** 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.

**Laotian (ພາສາລາວ):** ສຳຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

**Mien (Mienh):** 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 buatac 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.

**Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ):** ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian (Русский):** ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **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** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish (Español):** 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):** ATENSYON: 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.

**Thai** (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Ukrainian** (Українська): 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.

**Vietnamese** (Tiếng Việt): 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 bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

## خدمات اعضای Wellcare by Health Net

<p>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. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.</p> <p>همچنین خدمات ترجمه رایگان خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی است.</p>	<p>با این شماره تماس بگیرید</p> <p>1-800-431-9007</p>
<p>711. این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها برای اشخاصی هست که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.</p> <p>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. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما ظرف یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت.</p>	<p>TTY</p>
<p>Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>	<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p>
<p><a href="http://www.wellcare.com/healthnetCA">www.wellcare.com/healthnetCA</a></p>	<p>وبسایت</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (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 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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) بازدید کنید.

